

Painehaavoja koskevien hoitotyön suositusten ja painehaavoihin liittyvien apuvälineiden hyödyntäminen hoitotyössä

Kyselytutkimus Koukkuniemen hoitajille ja fysioterapeuteille

Emilia Rajavuori

Antti Saarinen

OPINNÄYTETYÖ
Maaliskuu 2020

Sairaanhoitajakoulutus

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

RAJAVUORI, EMILIA & SAARINEN, ANTTI:

Painehaavoja koskevien hoitotyön suositusten ja painehaavoihin liittyvien apuvälineiden hyödyntäminen hoitotyössä.

Kyselytutkimus Koukkuniemen hoitajille ja fysioterapeuteille.

Opinnäytetyö 56 sivua, joista liitteitä 8 sivua
Maaliskuu 2020

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Tampereen Koukkuniemen vanhainkodissa työskentelevien hoitajien ja fysioterapeuttien painehaavojen hoitosuosituksiin perehtyneisyyttä ja suositusten hyödyntämistä käytännön hoitotyössä. Lisäksi tarkastelun kohteena oli painehaavojen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon liittyvien apuvälineiden käyttö. Opinnäytetyössä selvitettiin, mitä painehaavoja koskevia hoitosuosituksien mukaisia arviointi-, ehkäisy- ja hoitokeinoja hoitajat ja fysioterapeutit hyödyntävät työssään. Lisäksi tarkasteltiin kokemuksia perehdytyksen ja käytettävissä olevien apuvälineiden riittävydestä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda esiin jo olemassa olevat käytänteet sekä mahdolliset kehittämistarpeet. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella ja tulokset tulkittiin hyödyntäen kvantitatiivisia menetelmiä.

Vaikka suurin osa Koukkuniemen hoitajista ja fysioterapeuteista ei ollut perehtynyt painehaavojen arviointia ja ehkäisyä käsitteleviin hoitosuosituksiin, on toiminta tulosten perusteella kuitenkin suurelta osin suositusten mukaista. Painehaavoja arvioidaan etenkin hoidon aikana, mutta painehaavariskin arviointi ennen painehaavan syntymistä ja painehaavojen ehkäisy suunnitelman laatiminen vaikuttaa jääneen vähäisemmäksi. Apuvälineitä käytetään, mutta kokemukset niiden riittävydestä vaihtelevat. Lisäksi yli puolet kyselyyn vastanneista kokee tarvitsevänsä lisää perehdytystä painehaavojen hoitoon ja ehkäisyyn liittyen, ja koulutusta toivottiin lisättävän myös apuvälineiden käyttöön liittyen.

Jatkotutkimuksen aiheena voitaisiin selvittää, kuinka paljon painehaavojen hoitoa ja ehkäisyä käsitteleviin hoitosuosituksiin perehtymisellä on merkitystä painehaavojen hoidossa. Mielenkiintoista olisi tutkia myös, olisiko painehaavojen hoitoa ja ehkäisyä käsittelevällä koulutuksella vaikutuksia vastauksiin, jos kysely toistettaisiin koulutuksen jälkeen.

Asiasanat: painehaava, hoitosuositus, apuvälineet, hoitohenkilökunta

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme of Nursing

RAJAVUORI, EMILIA & SAARINEN, ANTTI:
Usage of Clinical Practice Guidelines and Assistive Technology in Context of
Care and Prevention of Pressure Ulcers
A Questionnaire Survey for Nurses and Physiotherapists of the Assisted Living
Facility Koukkuniemi

Bachelor's thesis 56 pages, appendices 8 pages
March 2020

The purpose of the thesis was to evaluate the level of familiarisation of selected nurses and physiotherapists considering the pressure ulcers. In addition, the use of clinical practice guidelines and assistive technology for preventing and treating pressure ulcers was included in the study.

The data results were collected from the nurses and physiotherapists working in the assisted living facility Koukkuniemi in Tampere. The study data was gathered by using a questionnaire form consisting of nineteen questions about basic knowledge, practical experience, training, use of assistive technology and similar topics. The data were analysed by using quantitative methods.

The majority of respondents are not familiar with the official guidelines regarding prevention and treatment of pressure ulcers. The study shows that over half of the respondents were of the opinion that more instructions and training to prevent and treat pressure ulcers are needed. In addition, more assistive technology and training for its use is needed. Despite of certain lack of actual evaluation plans and knowledge regarding prevention and treatment of pressure ulcers, the study shows that constant evaluation of pressure ulcers is in praxis made during the treatment. The findings indicate that prevention and treatment of pressure ulcers seem to be on a reasonable level. There is, however, much room for improvement in training the health care personnel in prevention and treatment of pressure ulcers.

Key words: pressure ulcer, clinical practice guidelines, assistive technology, nursing staff

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITTEET	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1.	Painehaavat	9
3.1.1	Painehaavojen esiintyvyys ja syntymekanismit	9
3.1.2	Painehaavan luokittelu	12
3.1.3	Painehaavojen hoito	15
3.2.	Painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvät hoitosuositukset	16
3.2.1	Painehaavan arviointi	17
3.2.2	Ehkäisyn ja hoidon interventiot	19
3.2.3	Hoitohenkilökunnan koulutus	23
4	AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI	24
4.1.	Teoreettisen viitekehyksen tiedonhaku	24
4.2.	Aineiston keruu ja analysointi	24
5	TULOKSET	27
5.1.	Taustatiedot	27
5.2.	Hoitotyössä hyödynnetyt painehaavojen arviointikeinot	29
5.3.	Hoitotyössä hyödynnetyt painehaavojen ehkäisy- ja hoitokeinot	33
5.4.	Kokemukset koulutuksen ja apuvälineiden riittävydestä	36
6	POHDINTA	39
7	EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	43
	LÄHTEET	46
	LIITTEET	49
	Liite 1. Kyselylomake	49
	Liite 2. Saatekirje	56

1 JOHDANTO

Painehaavalla tarkoitetaan yleensä paineen aiheuttamaa kroonista haavaa, joka syntyy kudoksen puutteellisen verenkierron vuoksi. Ihoalueella voidaan aluksi havaita punoitusta, johon voi myöhemmin kehittyä syvä haavauma ja lopulta nekroosi. Tavallisesti painehaavoja syntyy alueelle, jossa luu painaa ihoa, kuten lonkkiin, kantapäihin ja pakaroihin. Painehaavan syntyä voidaan tehokkaasti ehkäistä ottamalla paineelle altistuvat alueet huomioon ja vaihtamalla asentoa sekä käyttämällä painehaavojen ehkäisyyn tarkoitettuja patjoja ja apuvälineistöä. (Lumio 2019.)

Painehaavat ovat yksi terveydenhuoltoa kuormittavista tekijöistä. Suomessa painehaavojen hoidon kustannuksiksi on arvioitu 2-3% terveydenhuollon menoista eli noin 420-630 miljoonaa euroa. Painehaavoja esiintyy 5-25%:lla eri terveydenhuollon yksiköissä olevista potilaista, ja väestön ikääntymisestä johtuen painehaavojen esiintyvyys tulee lisääntymään huomattavasti. Painehaavat ovat kuitenkin mahdollista estää puuttumalla oikea-aikaisesti niiden syntyyn ja hyödyntämällä apuvälineitä. Ehkäisyn kustannusten on nähty olevain vain 10% painehaavojen hoidon kustannuksista. (Soppi 2010, 2018.)

Monet sairaanhoidonyksiköt ovat käynnistäneet hankkeita koskien painehaavojen hoitoa ja painehaavoihin liittyvien kustannusten vähentämistä. Lääkärilehti raportoi toukokuussa 2018 Turun yliopistollisen keskussairaalan tehohoidon laskeeneen kahdeksassa vuodessa painehaavojen määrää yhdestätoista prosentista neljään prosenttiin. Uutisen mukaan painehaavan synty on kyetty estämään 400 potilaan kohdalla, minkä lisäksi painehaavojen esiintyvyyden väheneminen on tuonut yli kahden miljoonan euron säästöt. TYKS:n tehohoidon sairaanhoitaja Maaret Ahtiala kertoo apuvälineiden hyödyntämisen ja koulutuksen merkityksen korostamisen olevan osa painehaavojen ehkäisyn tehostamisen prosessia. (Keränen 2018.) Myös Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hankkeessa tehostaa painehaavojen riskin tunnistamista ja ehkäisyä on kustannusten alentamisen keinona ehdotettu hoitohenkilökunnan jatkuvaa koulutusta sekä painehaavaprofylaksian välineiden, kuten sänkyjen, makuu- ja istuinalustojen käyttöä (Tuuliranta, Pihlainen & Solonen 2017).

Ehkäisyn onkin todettu olevan paras ja halvin menetelmä painehaavaongelmaan (Soppi 2010). Lisäksi monet kansalliset ja kansainväliset yhdistykset pyrkivät yhtenäistämään tutkittua tietoa ja tehokkaaksi havaittuja toimintamenetelmiä selkeään ja kattavaan muotoon hoitosuosituksiksi ja raporteiksi. Huolimatta näyttöön perustuvasta tiedosta ja apuvälineistä, tehokkaasti ehkäistävissä olevien painehaavojen esiintyvyys ja kustannukset ovat Suomessa korkeat.

Ajatus opinnäytetyölle syntyi edellä mainituista seikoista. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitajien ja fysioterapeuttien painehaavojen hoitosuosituksiin perehtymistä ja suositusten hyödyntämistä käytännön hoitotyössä. Lisäksi tarkastelun kohteena oli painehaavojen hoitoon liittyvien apuvälineiden käyttö. Opinnäytetyö toteutettiin kyselytutkimuksena Tampereen Koukkuniemen kymmenellä vanhainkotosastolla. Kysely osoitettiin osastojen potilastyötä tekeville hoitajille ja fysioterapeuteille. Tavoitteena oli tuoda esiin jo olemassa olevat käytänteet sekä mahdolliset kehittämistarpeet.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitajien ja fysioterapeuttien painehaavojen hoitosuosituksiin perehtymistä ja suositusten hyödyntämistä käytännön hoitotyössä. Lisäksi tarkastelun kohteena on painehaavojen hoitoon liittyvien apuvälineiden käyttö.

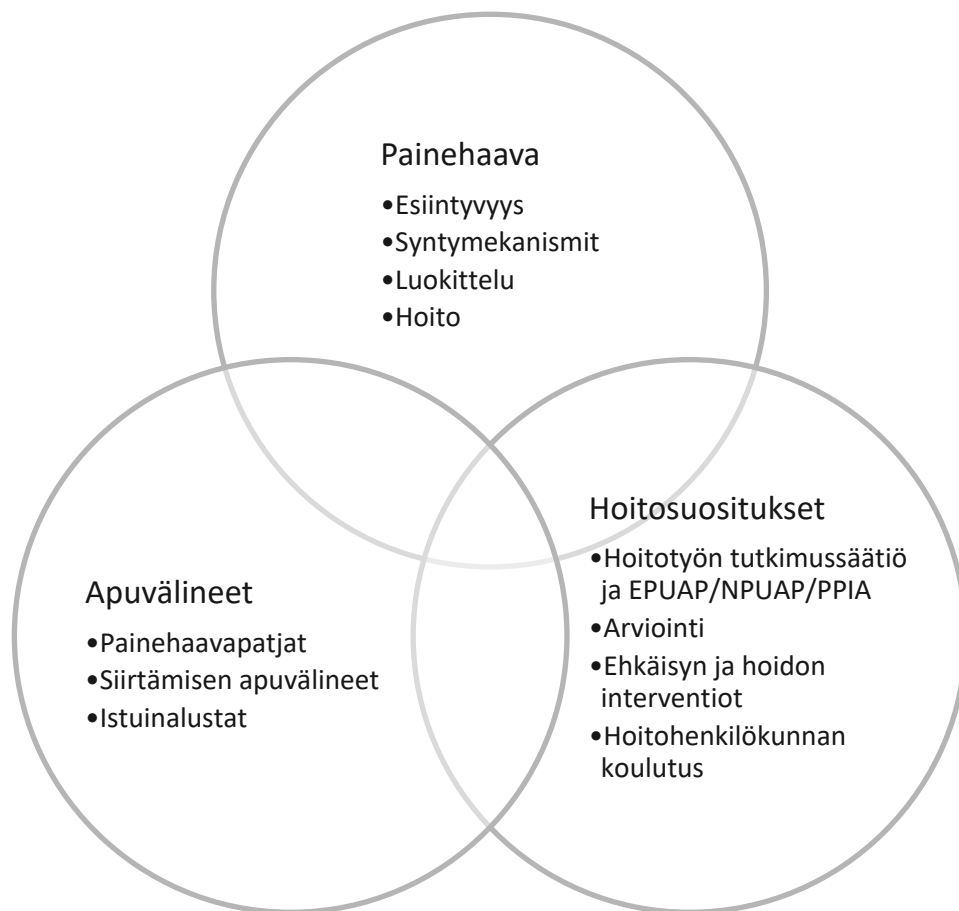
Tutkimuskysymykset:

1. Mitä painehaavoja koskevia hoitosuositusten mukaisia arviointi-, ehkäisy- ja hoitokeinoja hoitajat ja fysioterapeutit hyödyntävät käytännön hoitotyössä?
2. Kokevatko hoitajat ja fysioterapeutit saaneensa tarpeeksi perehdytystä koskien painehaavojen hoitoa ja ehkäisyä?
3. Onko hoitajilla ja fysioterapeuteilla käytettävissä tarpeeksi apuvälineitä painehaavojen ehkäisyyn ja hoitotyöhön?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esiin jo olemassa olevat käytänteet, sekä mahdolliset kehittämistarpeet painehaavojen hoidossa ja ehkäisyssä.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat koostuvat kolmesta avainkäsitteestä. Avainkäsitteiden kattokäsitteenä, jota ilman muut käsitteet menettävät kontekstinsa, toimii painehaava. Muita avainkäsitteitä ovat muun muassa apuvälineet sekä hoitosuositukset. Teoriapohjan ensimmäisessä osassa käsitellään painehaavojen esiintyvyyttä, syntymekanismia, luokittelua sekä hoitoa. Toisessa osassa perehdytään painehaavojen arviointiin, ehkäisyyn ja hoidon interventioihin sekä ehkäisyssä käytettäviin apuvälineisiin painehaavoja käsittelevien hoitosuositusten pohjalta. Lisäksi käsitellään hoitohenkilökunnan koulutuksen merkitystä painehaavojen hoidossa. Teoria esitellään aikuispotilaiden näkökulmasta. Teoriapohjan muodostuminen on havainnollistettu kuviolla (kuvio 1).



KUVIO 1. Teoriapohjan muodostus

3.1. Painehaavat

Suomessa painehaava-termi on vakiintunut osaksi yleistä lääketieteellistä terministöä vasta viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Aikaisemmin puhuttiin yleisesti terminä makuuhaavasta, jonka käyttämisestä on ajan saatossa luovuttu. Englanninkielisessä kirjallisuudessa painehaavoista puhutaan muun muassa termeillä pressure ulcer, bed sore ja decubitus ulcer. (Hietanen & Juutilainen 2013, 300.) Yhdysvaltain sekä Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvostot (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014) määrittelevät painehaavan tarkoittavan ”paikallista ihon tai sen alla olevan kudoksen vauriota, joka ilmaantuu yleensä kehon luisen ulokkeen kohdalle”. Haavan aiheuttaja on kudokseen kohdistuva paine tai paine ja venytys, jolloin kudoksen venyminen vastakkaisiin suuntiin pahentaa kohtisuoran paineen aiheuttamaa kudosisvauriota (Soppi 2018; Juutilainen, Kavola, Mäntymäki, Orell-Kotikangas, Heikkilä, Kivelä, Kuokkanen, Lagus, Leppäniemi, Saine & Pukki 2016).

3.1.1 Painehaavojen esiintyvyys ja syntymekanismit

Painehaavat ovat yksi terveydenhuoltoa kuormittavista tekijöistä. Suomessa painehaavojen hoidon kustannuksiksi on arvioitu 2-3% terveydenhoitomenoista eli noin 420-630 miljoonaa euroa. Painehaavoja esiintyy 5-25%:lla eri terveydenhuollon yksiköissä olevista potilaista. Painehaava saattaa kehittyä hoidon eri vaiheissa, kuten ensihoidon, siirtokuljetuksen, tutkimuksien tai kirurgisen toimenpiteen aikana tai jälkeen sekä lääkinnällisten laitteiden aiheuttaman painevaurion seurauksena. (Soppi 2018.) Painehaavojen syntymisen keskeisin riskitekijä on potilaan liikkumattomuus, jonka syynä voi olla erilaiset motoriikan häiriöt, tuntohäiriöt, tehohoito, leikkaus ja puudute tai dementia. Myös aiemmin todettu painehaava suurentaa riskiä saada uusi painehaava. (Juutilainen ym. 2016.)

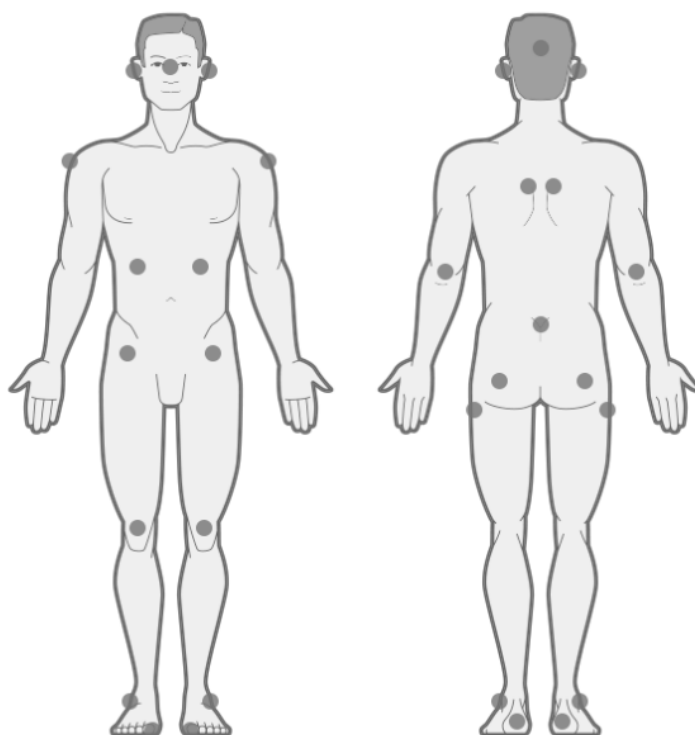
Muita painehaavoille altistavia riskitekijöitä ovat esimerkiksi ihoalueen kosteus hikoilun tai haavaeritteen vuoksi, inkontinenssi, vajaaravitsemus, anemia ja kehon lämpötilan lasku (Painehaava 2020). Painehaavariski voi mahdollisesti vaikuttaa myös korkea ikä, tuntoaistin heikkeneminen, yleinen terveydentila ja he-

matologiset muutokset (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 14). Huomattava alipaino, lihaskato ja selkärangan virheasennot suurentavat riskiä painehaavan syntyyn. Perussairaudet voivat aiheuttaa huonontunutta verenkiertoa. (Juutilainen ym. 2016.) Riskinä voidaan myös nähdä epiduraalipuudutteen käyttö, immobilisaatiovälineet, kuten kipsit ja ortoosit sekä runsas kipulääkitys (Berg 2016).

Tavallisesti painehaavan synty selitetään yksinkertaistetusti paineen aiheuttamana kudoksen hapenpuutteena (Lumio 2019). Tarkemmin sanottuna syntyyn vaikuttaa hapenpuutteen lisäksi kudoksen deformaatio eli muodonmuutos ja tulehdusreaktio. Liiallisen kehon painon aiheuttaman jatkuvan kudoksen deformaation vuoksi solujen rakenteet menettävät eheydensä ja solukalvon läpäisevyys muuttuu, mikä johtaa lopulta solukuolemaan. Solukuolemat laukaisevat kudoksessa tulehdusreaktion ja turvotuksen, jotka lisäävät entisestään painetta kudosalueilla ja aiheuttavat lisää solukuolemia, joten lopulta syntyy kierre, mikäli paineen vaikutuksiin ei puututa. (Gefen 2018.) Israelilainen biolääketieteen professori Amit Gefen (2018) kuvaakin tilannetta asteittaiseksi vaurioiden kasaantumisprosessiksi, joka voi johtaa painehaavan syntyyn ja etenemiseen. Lopulta ruumiinpaino ja ulkoinen paine estävät verenkierron toimintaa ja heikentävät hapen kuljetusta vauriokohdassa. Tästä seuraa hapenpuutetta ja jälleen solujen vaurioitumisen kiihtymistä. (Gefen 2018.) Gefenin (2018) mukaan otollisissa olosuhteissa kudოსvaurio voi perusterveillä henkilöillä syntyä jo kymmenien minuuttien kuluessa ja kudosten hajoaminen jopa alle tunnissa.

Verenkierron toiminnan estymisen takana on kehon ja alustan välinen paine, joka ylittää kapillaarisuonien verenpaineen, jolloin kapillaariverenkierto estyy ja aiheuttaa kudosiskemiaa (Berg 2016). Eri kudokset sietävät hapenpuutteesta johtuvia vaurioita eri tavoin (Juutilainen ym. 2016). Kudosiskemia edistää nekroosin syntymistä ja kudოსvaurion leviämistä. Normaalisti iskemia aiheuttaa terveellä ihmisellä kipua, joka pakottaa asennon vaihtoon palauttaen kudoksen verenkierron normaaliksi. (Berg 2016.) Sopin mukaan (2018; 2010, 265) suurimman riskin potilaat ovat yleensä liikuntarajoitteisia tai pitkäaikaissairaita, jolloin elimistön kompensatiokeinot eivät välttämättä ole riittäviä ja näin altistavat painehaavojen syntyyn. Verisuonitauti-, sydämen vajaatoiminta- tai diabetespotilailla iskeemiset vauriot kehittyvät nopeammin (Gefen 2018).

Painehaavan kehittymiseen vaikuttaa mekaanisen kuormituksen määrä ja luonne, niiden ajallinen kesto sekä kudoksen ominaisuudet (Soppi 2018). Paineen kohdistuminen pienelle pinta-alalle lisää iskeemisen kudosaaurion riskiä. Lisäksi painehaavan syntyyn vaikuttaa ihon ja alustan välinen kitka ja kitkaan puolestaan vaikuttavat ihon kosteus, vaatetus ja alustan materiaali. (Juutilainen ym. 2016.) Paineensieto on myös yksilöllistä ja eri kudokset kestävätkä painetta eri tavoin (Berg 2016). Ihon rikkoutuminen avoimeksi haavaksi tapahtuu vähitellen ja riippuu siitä, mihin kudoksiin alkuperäinen kudoskuolio on painottunut (Juutilainen ym. 2016). Tyyppipaikkoja painehaavoille ovat ristiselkä, pakarat, lonkat ja kantapää (kuva 1) (Soppi 2010, 262). Myös ihmisen yksilöllisellä anatomialla on vaikutuksensa luupintojen muodon ja pehmytkudoskerrosten paksuuden kautta (Gefen 2018).



KUVA 1. Painehaavojen tyyppipaikat (Juutilainen ym. 2016)

3.1.2 Painehaavan luokittelu

Kansainvälisen NPUAP/EPUAP -luokittelujärjestelmän mukaan painehaavat voidaan luokitella neljään asteeseen haavan syvyyden mukaan (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 11). Painehaavaluokkien tunnistus on kuitenkin koettu haastavaksi osa-alueeksi painehaavojen hoidossa ja ehkäisyssä (Asikainen, Hjerpe, Kauko, Koivunen & Luotola 2017, 57). Ensimmäisen asteen (kuva 2) painehaavan piirteenä on ehjä iho, jossa on paikoittain punoitusta ja kipua yleensä luisen ulokkeen kohdalla. Ympäröivässä kudoksessa voi esiintyä lämpimyyttä tai viileyttä. Tyypillisesti ensimmäisen asteen painehaavan havaitseminen voi olla haastavaa, etenkin jos potilaan ihon sävy on tumma. Toisen asteen (kuva 2) painehaavaan kuuluu ihon pinnallinen vaurio, jossa on punainen tai vaaleanpunainen haavapohja. Vaurio saattaa ilmetä myös kudoksen täyttämänä rakkulana. Haavassa ei ole katteisuutta eikä mustelmaa, ja sen pinta voi esiintyä kiiltävänä tai kuivana. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 11.)

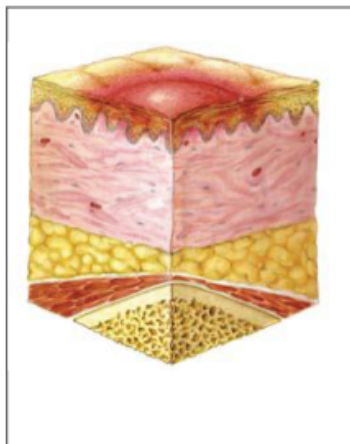
Kolmanteen asteeseen (kuva 2) kuuluu ihon läpäisevä vaurio, jossa saattaa olla näkyvissä rasvakudosta, mutta ei luuta tai jännettä, joten haava ei lävistä lihaskalvoa. Haava voi olla katteinen ja sisältää onkaloita tai taskuja. Nenän, korvanlehdien, takaraivon tai kehräsluun päällä ei ole juurikaan rasvakudosta, jolloin tulee huomioida kolmannen asteen painehaavan mataluus näillä kohdilla. Toisaalta runsaan rasvakudoksen alueilla kolmannen asteen painehaavat voivat olla merkittävän syviä. Neljäs aste (kuva 3) koostuu koko ihon ja ihonalaisen kudoksen vauriosta, jolloin luuta, jännettä tai lihasta on näkyvissä ja haavassa voi esiintyä kudoksenekroosia ja onkaloitumista. Haava voi siis ulottua lihakseen ja/tai luuhun. Myös neljännen asteen painehaavan syvyys vaihtelee niiden sijainnin mukaan riippuen alueen rasvakudoksen määrästä. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 11-12.)

Näiden lisäksi painehaavojen syvyys voidaan luokitella tuntemattomaksi (kuva 3), jolloin haavan todellista syvyyttä ei voida määrittää haavan katteisuuden tai kudoksenekroosin vuoksi. Kyseessä voi tällöin olla kolmannen tai neljännen asteen painehaava. Lisäksi purppuranväriset ehjän ihon värjäytymät tai rakkulat, jotka johtuvat alla olevan kudoksen venyttymisestä tai paineesta, luokitellaan

tuntemattomiksi. Aikaisempi alueen kipu ja kiinteytys, pehmeys tai lämpötilanmuutoksen viereisissä kudoksissa voi olla merkinä kudoksen vauriosta. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 12.)

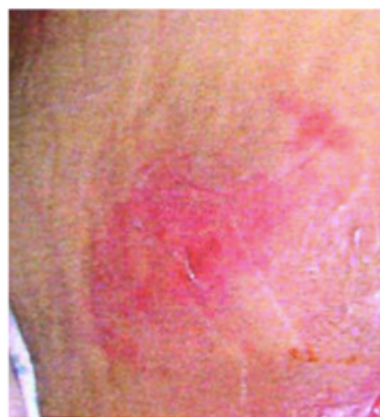
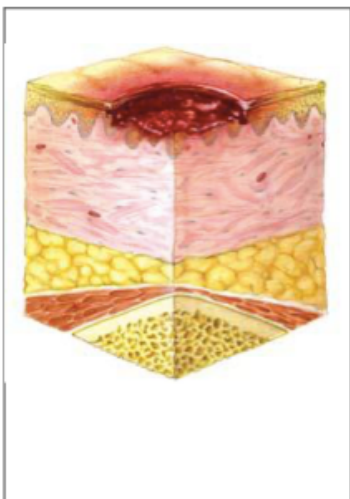
Aste

I



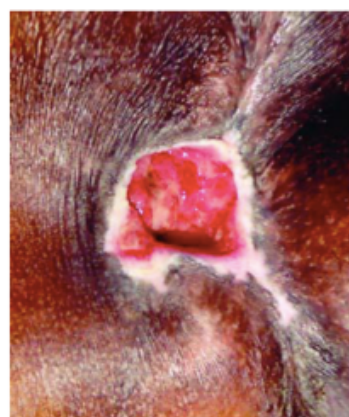
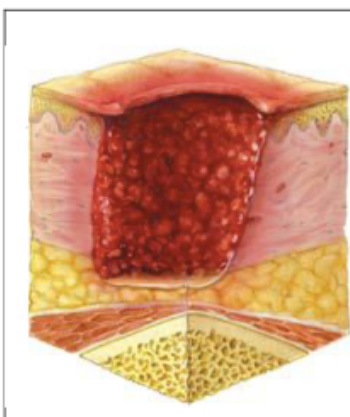
Aste

II



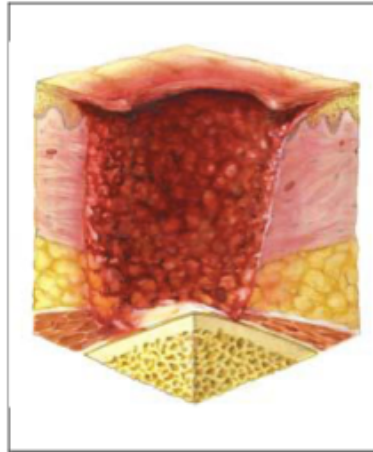
Aste

III

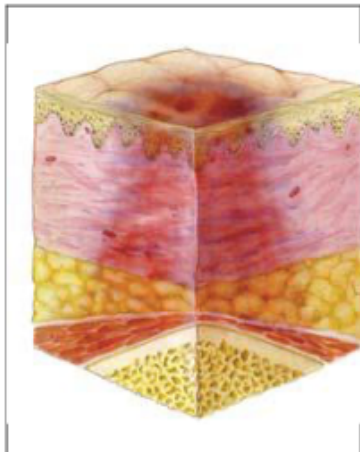
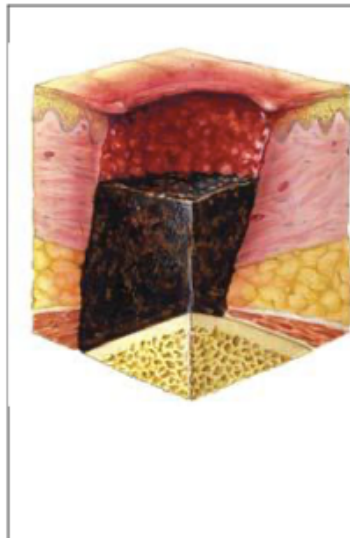


KUVA 2. NPUAP/EPUAP -painehaavaluokat I-III (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 11-12, muokattu)

Aste
IV



Aste
Tuntema-
ton



KUVA 3. NPUAP/EPUAP -painehaavaluokat IV ja tuntematon (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 11-12, muokattu)

3.1.3 Painehaavojen hoito

Tavallisesti vastaanotolla todettu painehaava hoidetaan perusterveydenhuollossa tai mahdollisesti myös kotihoitona. Painehaavojen hoito nähdään haastavana ja vaativan erityisosaamista. (Lumio 2019.) Painehaavojen hoidon ensimmäinen vaihe on poistaa paine ihoalueelta (Painehaava 2020), ja jo syntyneen painehaavan hoidossa oleellista on riittävä haavanhoito (Lumio 2019). Haavanhoidon tavoitteena on ihon parantaminen, ihorikkojen ennaltaehkäisy, uuden kudoksen syntymisen mahdollistaminen, eritteen poisto ja infektioriskin vähentäminen (Painehaavat – ennaltaehkäisy ja hoito n.d.). Haavanhoitajien pitämät koulutukset on nähty edistävän hoitohenkilökunnan haavanhoidon osaamista (Asikainen ym. 2017, 60).

Painehaavojen luokittelu ohjaa myös painehaavojen hoitoa. Ensimmäisen asteen painehaavan hoitokeinoja ovat kuivan ihon rasvaus perusvoiteella tai ihoöljyllä. Ihon voi suojata tarpeen mukaan, jotta vältetään alueen kosteutta tai hankausta. Toisen asteen painehaavan ihoalue puhdistetaan huuhtelemalla keittosuolaliuoksella tai vedellä. Alue suojataan hankausta, kosteutta ja mikrobeja vastaan esimerkiksi silikonipitoisilla haavanhoitotuotteilla, hydrokolloidilevyillä tai polyuretaanivaahtolevyllä. Vaikka haavatuote vaihdetaan harvakseltaan, esimerkiksi muutaman kerran viikossa, tulee haavaa seurata säännöllisesti. Mahdollisia rakkuloita ei suositella puhkaistavaksi infektioksiin vuoksi. (Painehaava 2020.)

Kolmannen asteen painehaavasta tulee poistaa kuollut kudos ja puhdistaa haava kuten toisen asteen painehaava. Nekroottinen kudos ja kate voidaan poistaa mekaanisesti haavasidosten vaihdon yhteydessä, kuitenkin kantapään kuivaa ja kiinteää nekroottista kudosta ei suositella poistettavan sen suojaavan vaikutuksien vuoksi. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 12; Painehaava 2020.) Lisäksi suoritetaan mahdollisten haavataaskujen ja onkaloiden puhdistus. Haavanhoitotuotteina voidaan käyttää esimerkiksi hydrofibersidoksia, hydrogeeliä tai polyuretaanivaahtosidosta ja -kalvoja, jotka vaihdetaan muutama kerta viikossa. Suomen verisuonikirurginen yhdistys kehottaa käyttämään myös hopeatuotteita. (Painehaava 2020.)

Neljannen asteen painehaavojen hoitoon pätevät samat periaatteet kuin kolmannen asteen painehaavaan, mutta tällöin haava ei parane ilman korjausleikkausta. Haava on myös usein infektoitunut ja se voi muodostaa fistelin niveleen. (Painehaava 2020.) Infektio ilmenee haavan märkimisenä ja joskus kuumeiluna. Infektio voidaan hoitaa lyhyillä 1-2 viikon antibioottikuureilla. Yleisimmät infektioita aiheuttavat bakteerit ovat stafylokokki- ja streptokokkibakteerit. (Lumio 2019.) Lisäksi haavasta mahdollisesti paljastuneet luut ja jänteet tulee pitää kosteana. Tärkeää on huomioida, ettei sidoksilla aiheuteta alueelle ylimääräistä painetta. (Painehaava 2020.)

Painehaavojen hoitoon on lisäksi kehitetty erilaisia menetelmiä, esimerkiksi sähköstimulaatio, valohoito, sähkömagneettisen kentän, radiotaajuisen energian ja ultraäänen hyödyntäminen sekä alipainehoito ja painehaavakirurgia. Näitä menetelmiä ei saa käyttää kuin niihin koulutettu henkilö. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 50-51, 53.) Lisäksi hoitokeinoina voidaan mainita paikallisesti käytetyt kasvutekijät ja keinoiho tai ihosiirre (Lumio 2019). Kyseisten menetelmien tarkempi esittely on jätetty tämän opinnäytetyön ulkopuolelle.

3.2. Painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvät hoitosuositukset

Hoitosuositukset ovat systemaattisesti laadittuja ohjeita, joiden tarkoituksena on tukea terveydenhuollon ammattilaisia hoitoon liittyvässä päätöksenteossa. Suosituksissa olevia ohjeita tulee toteuttaa ammatillisen harkinnan perusteella huomioiden jokaisen potilaan yksilöllisyys. Hoitosuositukset koostuvat yleensä tutkimuksista, jotka voidaan luokitella viiteen luokkaan sen mukaan, minkä taseisia tutkimuksia niiden taustalla on. Lisäksi suositukset sisältävän kolmiportaisen asteikon tutkimusnäytön arvioinnista. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 9-10; Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014.)

Painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvistä hoitosuosituksista avainasemassa voidaan pitää Yhdysvaltain, Tynnen valtameren alueen ja Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvostojen (NPUAP, PPPIA, EPUAP) yhteistyössä laatimaa pai-

nehaavojen hoitosuositusta, joka Hoitotyön tutkimussäätiön ja Suomen haavanhoitoyhdistyksen asettaman työryhmän kääntämänä on julkaistu myös suomenkielisenä hoitosuosituksena (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015). Hoitosuositukset käsittelevät muun muassa painehaavojen arviointia, ehkäisyn ja hoidon interventioita sekä ammattihenkilökunnan kouluttautumista (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 11; Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 5).

3.2.1 Painehaavan arviointi

Painehaavojen ennaltaehkäisyn vaikuttavuutta voidaan parantaa nopealla riskiarvioinnilla ja painehaavan luokittelulla (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta, 13-15). Riskiarvio on suositeltu tehtäväksi niin pian kuin mahdollista, mutta viimeistään kahdeksan tunnin kuluttua potilaan hoitoon saapumisesta (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 13). Arviointi tulisi toistaa niin usein kuin on tarpeen, aina tilanteen muuttuessa ja mielellään vähintään viikon välein. Potilaan tilanteesta tulee huomioida potilaan sen hetkinen aktiivisuus, liikuntakyky, ihon kunto ja ravitsemuksen riittävyys. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 13.)

Potilaan ihon kunnon arviointi on oleellinen osa painehaavan riskiarviota. Ihoa tulisi arvioida aina, kun asentoa muutetaan, ja arvio tulisi tehdä koko kehoon, etenkin luu-ulokkeet huomioiden. Ihosta arvioidaan punoitusta, lämpötilaa, turvotusta, kudoksen kiinteyden muutoksia sekä kipua. Hoitosuositukset suosittelevat käyttämään arvioinnissa apuna vaalenevan ja vaalenemattoman tutkimuksen menetelmää, jossa punoittavaa ihoa painetaan kolmen sekunnin ajan sormella tai läpinäkyvän muovilevyn avulla ja samalla havainnoidaan ihon vaalenemista paineen vaikutuksesta. Jos iholla havaittu punoitus ei vaalene ihoa painettaessa, on se merkki ihon rakenteellisesta vauriosta kapillaarisuonissa ja mikroverenkierrossa. Mikäli potilaalla on virtsan- tai ulosteenpidätyskyvyttömyyttä, tulisi iho arvioida aina ihoa puhdistettaessa eritteistä. Jos jokin lääkinnällinen laite on potilaalla suorassa kontaktissa ihon kanssa, tulisi iho tarkistaa vähintään kaksi kertaa päivässä. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 13; Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 15-16, 25, 32, 38.)

Hoitosuositusten mukaan painehaavariskiä arvioitaessa tulisi aina käyttää potilaalle parhaiten soveltuvaa riskiarviomittaria, joka mittaa painehaavariskiin vaikuttavia tekijöitä. Riippuen mittarista pisteytettäviä tekijöitä ovat muun muassa fyysinen aktiivisuus, liikkuvuus, tuntoaisti, tajunnan taso, kehon lämpötila, ihon altistuminen kosteudelle ja ravinnon nauttiminen. (Fletcher 2017, 20-22; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 12.) Mittareista saatava tieto ei kuitenkaan sellaisenaan riitä kattavaan riskiarviointiin, vaan lisäksi tulisi tehdä potilaan kliininen arviointi (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 12; Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 14). Keski-Suomen sairaanhoitopiirin painehaavojen tunnistamisen ja ehkäisyn tehostamishankkeen raportissa todettiin riskinarvion olevan hoitajille melko tuntematon käsite (Tuuliranta ym. 2017, 9).

Yleisimmät käytössä olevat riskinarviointimittarit ovat Waterlown, Bradenin ja Nortonin mittarit. Norton on ensimmäinen painehaavariskin arviointiin tarkoitettu mittari. Tieteellisesti tutkituin on Bradenin mittari. Waterlown mittari on tutkimusten mukaan eniten aikaa vievä, sekä epäluotettavin. (Fletcher, J. 2017, 20; Soppi 2010, 261.) Jacksonin ja Cubbin arviointimittari on yleisesti käytössä, mutta soveltuu parhaiten tehohoidossa tai -tarkkailussa olevalle potilaalle. Mittarit soveltuvat muun muassa painehaavariskin ennustamiseen, jo syntyneen painehaavan arviointiin, sekä tehohoidossa olevan potilaan painehaavariskin kartoittamiseen. (Hietanen & Juutilainen 2013, 313-317; Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 13.)

Potilaan ravitsemusta tulee arvioida vajaaravitsemusriskin arviointiin tarkoitetuilla seulontamenetelmillä. Potilaan ravitsemustila voidaan määrittää mittaamalla potilaan paino, arvioimalla kykyä syödä omatoimisesti ja arvioimalla ravinnonsaannin riittävyttä. Painehaavariskipotilaalle suositellaan tehtävän yksilöllinen ravitsemuksenhoitosuunnitelma taustalla olevien sairauksien ja aktiivisuuden perusteella. Sopiva energiamäärä on 30-35 kcal ja proteiinimäärä 1,25-1,5 grammaa painokiloa kohti. Tarvittavasta nesteytyksestä sekä vitamiinien ja kivennäisaineiden saannista tulee huolehtia asianmukaisesti. Lisäksi huomioidaan tahaton painonlasku, sillä vajaaravitsemuksen on tutkittu lisäävän painehaavariskiä tuntuvasti – vajaaravituista potilaista 39%:lla ilmaantui painehaava. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 11-12, 15; Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 13-14, 19-21, 36.)

Vajaaravitsemusriskin arvioinnissa tulee käyttää hyväksi validoitua seulontamenetelmää, kuten esimerkiksi MNA- tai MUST-menetelmää (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 11-12). Arviointi aloitetaan tyypillisesti MUST-seulonnalla (The Malnutrition Universal Screening Tool), minkä jälkeen on usein tarpeellista edetä MNA-haastatteluun (Mini Nutritional Assessment). Arvioinnissa kysytään muun muassa potilaan paino, pituus ja painon muutokset, sekä otetaan huomioon ruokailutottumukset. Vastaukset kirjataan lomakkeelle ja pisteet lasketaan yhteen. Seulontojen perusteella ravitsemustila ryhmitellään pisteiden mukaisesti yhteen kolmesta luokasta, jotka ovat ”hyvä ravitsemustila”, ”ali- tai virheravitsemuksen riski kasvanut” ja ”ali- ja virheravitsemus”. (Haglund, B., Hakala-Lahtinen, P., Huupponen, T. & Ventola, A-L. 2010, 145-146, 178.)

Painehaavojen riskiarvioinnin lisäksi mittareita ja työkaluja on kehitetty tukemaan käytännön hoitotyössä tapahtuvaa kliinistä painehaavojen paranemisen arviointia. Riippuen työkalusta ja mittarista niiden antamat tulokset koostuvat erilaisista tekijöistä, kuten esimerkiksi haavan koosta, syvyydestä, tulehduseritteiden määrästä, haavasidoksesta ja haavan paranemisesta. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä hoitosuosituksista 2014, 37; Harrow, J., Luther, S., Palacios, P., Powell-Cope, G. & Thomason, S. 2014.) DESIGN/DESIGN-R- ja PUSH (Pressure Ulcer Scale for Healing) ovat tieteellisesti valideja ja yleisesti käytössä olevia mittareita. Lisäksi paranemisen arvioinnin tueksi on kehitetty esimerkiksi BWAT- (Bates-Jensen Wound Assessment Tool) ja PSST- (Pressure Sore Status Tool) -arviointityökalut. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä hoitosuosituksista 2014, 37.)

3.2.2 Ehkäisyn ja hoidon interventiot

Painehaavoja on mahdollista estää niiden syntyyn oikea-aikaisesti puuttumalla (Soppi 2010, 261). Ehkäisyn kustannusten on nähty olevan vain 10% painehaavojen hoidon kustannuksista (Soppi 2018). Juutilaisen (2013) ja Sopin (2010) mukaan valtaosa painehaavoista on ehkäistävissä oikeaoppisen hoidon, kuten asentohoidon, toteuttamisen varmistamisella. Asentohoito, etenkin asennon vaihtaminen kahden tunnin välein, vähentää oleellisesti kudoksen painealtistusta (Soppi 2018). Asentohoito suositellaan toteutettavaksi tyynyjen avulla niin, että

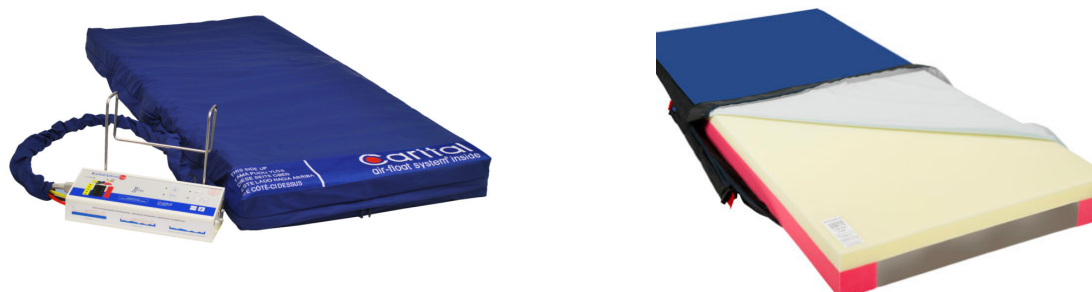
potilas on kallistettuna oikealle tai vasemmalle kyljelle 30-asteen kulmassa. Kantapäitä kohottamaan käytetään koko pohkeen pituista vaahtotyynyä rengastyy-nyjen tai nesteellä täytettyjen tyyntyjen sijaan. Siirtämisessä ja asennon vaihtamisessa tulee aina käyttää apuvälineitä, kuten liukulakanaa. (Hoitotyön tutkimus-säätiö 2015, 17; Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 23, 26-27, 39.) Liukulakanan (kuva 4) käyttö edesauttaa erityisesti työer-gonomiaa ja vähentää siten hoitohenkilökunnan kuormitusta (Potilassiirrot n.d.).



KUVA 4. Esimerkki liukulakanasta (Medimattress 2019).

Hietasen ja Juutilaisen (2013, 320-326) mukaan yleisimpiä apuvälineitä ovat edellä mainittujen potilaan siirtämiseen tarkoitettujen apuvälineiden lisäksi painehaavapatjat ja erilaiset istuinalustat. Potilaan koko ja paino tulisi aina huomioida valittaessa makuu- ja istuinalustaa (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 28). Patjojen käyttöindikaatiot perustuvat arviointimit-tareiden sekä kliinisen arvioinnin antamiin tuloksiin (Hietanen & Juutilainen 2013, 320-324). Painehaavariskissä olevalle potilaalle suositellaan korkealuokkaista vaahtomuovipatjaa (kuva 5). Mikäli potilas on liikuntakyvytön, painehaavoja on jo molemmin puolin kehoa, tai hänen asentonsa on vaikeasti vaihdettavissa, suosi-tellaan vaahtomuovipatjan korvaamista makuualustalla, joka jakaa kudoksiin kohdistuvaa painetta tehokkaammin, vähentää kudosten venytystä ja kontrolloi ihon mikroilmastoa (kuva 5). (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituk-sesta 2014, 30-31.) Ihon mikroilmastolla tarkoitetaan lämpötilaa, kosteutta ja il-manvaihtoa ihon ja makuuaukustan välillä (Black, J., Call., E., Gefen., A., Kottner,

J. & Santamaria, N. 2018, 62). Lisäksi tulee aina huomioida, että potilaan asento-
tohoitoa jatketaan makuualustan tyypistä huolimatta (Painehaavojen ehkäisy ja
hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 29).



KUVA 5. Esimerkki korkealuokkaisesta vaahtomuovipatjasta (oik.) sekä kudospainetta ja -venytystä jakavasta makuualustasta (vas.). (Medimattress 2019)

Mikäli istuminen on välttämätöntä potilaalle, suositellaan painetta jakavan istuintyynyn käyttämistä (kuva 6) ja istumiseen käytetyn ajan jakamista useampaan lyhyeen jaksoon, kuten istumiseen enintään tunnin jaksoissa kolme kertaa päivässä. Siirtämisen apuvälineitä ei tulisi koskaan jättää istuvan potilaan alle, sillä ne voivat esimerkiksi ryttyyn jäädessään aiheuttaa tarpeetonta puristusta tai venytystä kohdealueelle. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 18-19; Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 13, 25, 28-29, 31.)



KUVA 6. Esimerkki painetta jakavasta istuintyynystä (Medimattress 2019)

Hoitotyön kirjaus on oleellinen osa hoitotyötä. Asikaisen ym. (2017, 60) tutkimuksessa hoitohenkilökunta koki hoitotyön kirjaamisen kuitenkin haastavaksi ja yhdeksi koulutustarpeista. Kirjaamisella taataan potilasturvallisuus ja hoidon jatkuvuus. Asennon muutokset (muutoksien tiheys, käytetyt asennot, asennonmuutoksen vaikutuksen arviointi) ja ihon arviointi tulisi kirjata jokaisen arviointi- ja muutokerran jälkeen. Hoitosuunnitelman ja riskiarvioinnin lisäksi haavan valokuvaamista suositellaan. Painehaavoista kirjataan sijainti, luokka/aste, koko, kudostyyppi, väri, haavan ympäristön kunto ja haavan reunat, yhdyskäytävät syvempiin onkaloihin, haavataskut, erityis ja haju. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 13; Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 15, 24, 26, 36- 37, 71.)

Hoitotyön kirjaamiseen suositellaan käytettäväksi rakenteellista kirjaustapaa (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 24). Rakenteisella kirjaamisella tarkoitetaan tietojen kirjaamista yhteisten, etukäteen sovittujen rakenteiden avulla potilastietojärjestelmiin, joka selkeyttää tiedon vaihtamista eri organisaatioiden välillä. Apuvälineistä käytetään yhdessä sovittuja luokituksia ja termistöjä. Rakenteinen kirjaaminen edistää kirjaamisen laadukkuutta ja kattavuutta, tiedon hakua ja lisäksi se helpottaa esimerkiksi yhteenvetojen ja lausuntojen tekoa. (Rakenteinen kirjaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa 2018.)

Hoitoyksiköissä tulisi olla myös erillinen järjestelmä, jolla raportoidaan ja seurataan säännöllisesti painehaavojen esiintyvyyttä (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 71). Jos painehaavoja esiintyy yksikössä, tulisi pohtia miksi painehaavat syntyvät, onko kyseessä jokin tietty potilasryhmä, ilmaantumispaiikka tai ajankohta, onko toiminnassa, koulutuksessa tai perehdytyksessä tapahtunut muutoksia tai ovatko yksikön toimintatavat yhtenäiset (Juutilainen ym. 2016). Juutilainen ym. (2016) nimittää painehaavan syntymistä haittatapahtumaksi, josta tulisi tehdä aina organisaation ohjeistusten mukainen merkintä tarkoituksena kerätä tietoa hoidon laadun ja potilasturvallisuuden edistämiseksi. Painehaavat tulisi kirjata potilaskertomukseen, hoitoilmoitusrekisteriin sekä mahdollisesti haittatapahtumarekisteriin (esimerkiksi Haipro -raportointijärjestelmä). Hoitoilmoitukseen (Hilmo) voidaan tehdä merkintä hoidon haittavaikutuksesta, jos painehaava on syntynyt jonkin toimenpiteen tai hoidon yhteydessä odottamattomasti. (Juutilainen ym. 2016.)

3.2.3 Hoitohenkilökunnan koulutus

Hoitohenkilökunnalla tulee olla tarvittavat tiedot ja taidot koskien painehaavojen etiologiaa ja riskitekijöitä, riskiarviota, ihon arviointia, painehaavojen tunnistamista ja luokittelua, ehkäisyn suunnittelua osana potilaan hoitoprosessia ja hoidon dokumentointia. Oleellista on hallita asentohoito, painetta jakavien makuu- ja istuinalustojen valinta ja käyttö sekä muiden apuvälineiden käyttö ja tunnistaa ravitsemuksen merkitys osana painehaavojen ehkäisyä. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 25.) Asikaisen ym. (2017, 56-57) tutkimuksessa todettiin, että hoitohenkilökunnan koulutustarve todettiin koskevan etenkin apuvälineiden käyttöä painehaavojen ehkäisyssä sekä yleisesti painehaavojen ehkäisyä. Etenkin makuualustojen erot on nähty haasteellisena tunnistaa (Tuuliranta ym. 2017, 10).

Hoitohenkilökunnalla tulee olla valmiudet moniammatilliseen yhteistyöhön sekä potilaan ja omaisten ohjaamiseen ja opettamiseen koskien painehaavojen hoitoa ja ehkäisyä. Organisaation tulisi toteuttaa säännöllisesti hoitohenkilökunnan koulutusta. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 15, 25.) Kansainvälinen hoitosuositus suosittelee arvioimaan henkilökunnan tietämystä ja asenteita painehaavojen hoitoa ja ehkäisyä kohtaan säännöllisesti (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 73).

4 AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI

4.1. Teoreettisen viitekehyksen tiedonhaku

Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen tiedonhaun perustana oli löytää ajan-kohtaisimmat näyttöön perustuvat tiedot koskien painehaavoja, niiden hoitoa ja ehkäisyä sekä niihin liittyvien apuvälineiden käyttöä. Painehaavojen erityispiirteiden määrittelyyn käytettiin Duodecimin julkaisuja, tieteellisiä artikkeleita ja verkkojulkaisuja. Teoriapohjan tiedonhakuun hakusanoina toimivat yllä esitetyt työn avainkäsitteet ”*painehaava*”, ”*hoitosuositus*” ja ”*apuväline*”, joista oli tehty Fin-MesH ja MesH sanastohaut. Hakulauseina käytettiin näiden eri variaatioita Boolean operaattorien avulla, kuten ”*Pressure ulcer*” AND ”*practice guidelines*” ja ”*Painehaava*” AND ”*apuvälineet*”. Haku oli rajattu koskemaan vuosia 2009-2019. Opinnäytetyössä käytetyt lähteen löytyvät mm. MELINDA -tietokannasta sekä Duodecimin terveystietokannasta.

Painehaavojen hoitoa ja ehkäisyä käsittelevät hoitosuosituksat löytyvät niitä hallinnoivien järjestöjen ja yhdistysten verkkosivuilta. Työssä viitataan Hoitotyön tutkimussäätiön hoitosuositukseseen sekä vuonna 2014 julkaistuun kansainväliseen painehaavojen hoitosuositukseseen. Kansainvälinen hoitosuositus päivitetään viiden vuoden välein, ja uusin hoitosuositus julkaistiin vuoden 2019 aikana (Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guidelines 2019).

4.2. Aineiston keruu ja analysointi

Opinnäytetyö on toteutettu kyselylomakkeella, joka on kohdistettu Tampereen Koukkuniemen vanhainkodin hoitajille ja fysioterapeuteille, jotka toteuttavat työssään potilaiden painehaavojen ehkäisyä ja hoitoa. Koukkuniemen vanhainkoti palvelee ikääntyneitä, joille kotona asumista tukevat palvelut eivät enää ole riittäviä (Koukkuniemen vanhainkoti 2019). Työelämäyhteytenä toimivat Koukkuniemen opinnäytetyöhön osallistuvien osastojen osastonhoitajat. Perusjoukko koos-

tui kuudesta fysioterapeutista ja kymmenen osaston kaikista potilastyötä teke-
vistä hoitajista, jolloin tutkimukseen otettiin mukaan perushoitajia, lähihoitajia ja
sairaanhoitajia ($N \approx 150$). Otoskoko määräytyi sen mukaan, kuinka moni kyselyyn
tahtoi osallistua. Suuren otannan analysoinnilla voidaan perustella määrällisen
tutkimusmetodin hyödyntämistä tässä opinnäytetyössä (Holopainen ym. 2016,
16).

Työelämäyhteystapaaminen järjestettiin 02.10.2019, jolloin sovittiin työhön liitty-
vistä piirteistä ja otettiin työelämäyhteyden toiveet huomioon. Aineistonkeruu
suoritettiin strukturoituna kyselynä (Liite 1) paperisella lomakkeella työelämäyh-
teyden toiveesta. Kyselylomakkeet ja vastauskuoret vietiin kohdeosastoille hen-
kilökohtaisesti, minkä yhteydessä opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite esitettiin
suullisesti kohderyhmälle. Työssä hyödynnettiin poikkileikkaustutkimuksen me-
netelmää, jolloin aineisto kerättiin vain yhtenä ajankohtana (Holopainen ym.
2016, 16). Kyselyn mukana jokainen tutkittava sai saatekirjeen (Liite 2), jossa
kerrotaan tutkimuksemme tarkoituksesta, tutkittavan asemasta ja tulosten julkai-
susta. Tutkimusajan jälkeen lomakkeet haettiin osastoilta analysoitaviksi.

Opinnäytetyön mittarina toimii opinnäytetyön tekijöiden tekemä kysely, joka on
luotu painehaavojen arviointia, hoitoa ja ehkäisyä käsittelevien hoitosuosituksen
pohjalta. Vastaavia valmiita mittareita, jotka olisivat sopineet työhön, ei ollut käy-
tettävissä. Kolmessa ensimmäisessä kysymyksessä kartoitettiin taustamuuttu-
jina työkokemusta, vastaajan ikää ja tutustumista painehaavojen ehkäisyyn ja
hoitoon liittyviin hoitosuosituksiin. Kysymykset 4-13 ja 19 käsittelee painehaavo-
jen arviointia, ehkäisyä ja hoitoa vastaten ensimmäiseen tutkimuskysymykseen.
Kysymykset 14-18 koskee erityisesti kahta viimeistä tutkimuskysymystä käsitel-
len perehdytyksen ja käytettävissä olevien apuvälineiden riittävyyttä. Alun perin
kyselylomakkeessa on käytetty viimeisen osion otsikossa käsitettä ammatillisuus
koskemaan hoitohenkilökunnan osaamista, mutta selkeämmäksi ja aihealuetta
tarkemmin kuvaavaksi koettiin käsite hoitohenkilökunnan koulutus, joten sitä käy-
tetään opinnäytetyöraportissa kuvaamaan hoitohenkilökunnan kokemuksia pe-
rehdytystarpeista.

Suurin osa kysymyksistä on muotoiltu niin, että vastaaja valitsee itseään ja toimintaansa eniten kuvaavan vaihtoehdon. Enimmäkseen muuttujien mitta-asteikkona on luokitteluasteikko. Osa vastausvaihtoehdoista noudattaa myös Likert-asteikkoa, jolloin osallistuja valitsee vastausvaihtoehdoista (aina-usein-joskus-en koskaan ja en osaa sanoa) eniten hänen toimintansa säännöllisyyttä kuvaavan vaihtoehdon. Osaan kysymyksistä voi vastata valiten useamman vaihtoehdon. Tuloksien raportoinnissa valittu Likert-asteikollinen vaihtoehto on kursivoitu selkeyden vuoksi. Kysely sisälsi myös avoimia kysymyksiä ja mahdollisuuksia tarkentaa strukturoidun kysymyksen vastausta.

Saadut vastaukset sähköistettiin opinnäytetyöntekijöiden toimesta ja strukturoitujen kysymysten muuttujien arvot muutettiin analysointivaiheessa vastaamaan joltain numeraalista arvoa analysoinnin helpottamiseksi. Aineistoa tarkasteltiin käyttämällä SPSS-tilastojenkäsittelyohjelmaa. Analyysissä hyödynnettiin enimmäkseen muuttujien arvojen frekvenssien ja suhteellisten frekvenssien tarkastelua havaintoyksiköiden kesken. Avoimien kysymysten aineisto analysoitiin luokittelemalla vastauksia yläkategorioihin ja tarkastelemalla eri kategorioiden esiintyvyyttä aineistossa. Strukturoitujen kysymysten tarkentavien kohtien vastaukset lähinnä listattiin niiden vähäisen määrän vuoksi.

5 TULOKSET

Kyselyyn vastasi arvioidusta 150 hoitoalan ammattilaisesta 92 henkilöä. Vastauslomakkeista yhteen oli vastattu vain ikä ja työkokemus, joten opinnäytetyö koostuu 91 (60,7%) henkilön vastauksista. Tuloksia on havainnollistettu taulukoin.

5.1. Taustatiedot

Taustamuuttujat koskivat hoitajien ja fysioterapeuttien työkokemusta, ikää ja painehaavoihin liittyviin hoitosuosituksiin tutustumista. Työkokemukseen liittyvässä kysymyksessä ei eritelty, mitä työtä työkokemuksen tulee koskea. Ikään ja työkokemukseen liittyvissä kysymyksissä osallistujille annettiin valmiit luokat vuosina, joista he valitsivat sen luokan, johon heitä parhaiten kuvaava kokemusvuosien määrä sopii. Hoitosuosituksiin tutustumista käsittelevässä kysymyksessä valittiin suositus tai ne suositukset, joihin vastaaja on tutustunut tai kohta, ettei perehtymistä ole tapahtunut. Vastaaja pystyi halutessaan valitsemaan molemmat suositukset. Tuloksista laskettiin muuttujien arvojen esiintyvyys frekvensseinä sekä suhteellisina frekvensseinä. Suhteelliset frekvenssit on pyöristetty yhden desimaalin tarkkuuteen. Tulokset on kuvattu alla taulukoituna (taulukko 1).

Anonymiteetin säilyttämisen vuoksi alkuperäiset kaksi ensimmäistä työkokemuksen pituutta kuvaavaa ryhmää (ryhmät Alle vuosi ja 1-5 vuotta) yhdistettiin yhdeksi ryhmäksi. Tuloksiksi saatiin, että 27,5 %:lla vastanneista työkokemusta on enintään viisi vuotta, 16,5 % kuudesta kymmeneen vuotta, 11,0 % yhdestätoista viiteentoista vuotta ja 16,5 % prosentilla kuudestatoista vuodesta kahteenkymmeneen vuoteen. Vastanneista 28,6 % ilmoitti työkokemuksensa olevan enemmän kuin 20 vuotta. Lisäksi kartoitettiin vastanneiden ikää, jolloin kukaan vastanneista ei ilmoittanut olevansa alle 20 -vuotta, 18,7 % vastasi ikänsä olevan 20- ja 29 -vuoden välillä, 19,6 % 30 - ja 39 -vuoden välillä, 22,0 % 40- ja 49 -vuoden välillä sekä 39,6 % kertoi olevansa 50 -vuotta tai vanhempi.

Viimeisenä taustatietona oli kysymys koskien painehaavojen hoitoon liittyviä suosituksia. Hoitotyön tutkimussäätiön julkaisuun liittyen painehaavojen ehkäisyyn ja

tunnistamiseen aikuispotilaan hoitotyössä ilmoitti tutustuneensa vastanneista 28,6 % ja kansainväliseen Yhdysvaltain-, Tyynenvaltameren alueen ja Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvostojen (NPUAP, PPPIA, EPUAP) laatimaan painehaavojen hoitosuositukseen 7,7 %. Vastanneista 64,8 % vastasi, ettei ole perehtynyt, tai ei muista perehtyneensä, kumpaankaan yllä mainituista painehaavojen hoitoon liittyvistä suosituksista. Kaksi vastaajaa jätti kohdan tyhjäksi (2,2 %).

TAULUKKO 1. Taustamuuttujat

Taustamuuttujat	n	%
1. Työkokemus		
0-5v	25	27,5
6-10v	15	16,5
11-15v	10	11,0
16-20v	15	16,5
Enemmän kuin 20v	26	28,6
Yhteensä	91	≈100
2. Ikä		
Alle 20 vuotta	0	0
20-29v	17	18,7
30-39v	18	19,8
40-49v	20	22,0
50v tai vanhempi	36	39,6
Yhteensä	91	≈100
3. Tutustuminen hoitosuositukseen		
Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015)	26	28,6
Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline (EPUAP, NPUAP, PPPIA 2014)	7	7,7
En ole perehtynyt tai en muista perehtyneeni yllä mainittuihin painehaavojen hoitoon liittyviin suosituksiin	59	64,8
Ei vastausta	2	2,2

5.2. Hoitotyössä hyödynnetyt painehaavojen arviointikeinot

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena on selvittämään mm. mitä hoitosuosittelusten mukaisia arviointikeinoja hoitajat ja fysioterapeutit hyödyntävän käytännön hoitotyössä. Painehaavojen arviointiin käytettyjä keinoja kartoitettiin strukturoidusti antamalla vaihtoehdot, joista vastaaja valitsi parhaiten omaa toimintaansa kuvaavan vaihtoehdon. Osaan kysymyksistä liittyi myös avoimen vastauksen mahdollisuus, mikäli sopivaa vaihtoehtoa ei ollut annettu. Lisäksi selvitetiin arviointia eri tilanteissa hyödyntäen Likert-asteikkoa. Tuloksista laskettiin toiminnan yleisyys frekvensseinä sekä osassa kysymyksiä suhteellisina frekvensseinä.

Painehaavariskiarvion tekee vastanneista 12,1 % (n=11) kahdeksan tunnin kuluessa potilaan hoitoon saapumisesta. 65,9 % (n=60) tekee arvion aina potilaan tilanteen muuttuessa ja 9,9 % (n=9) vähintään viikon välein. Vastanneista 23,1 % (n=21) ei tee potilaalle painehaavariskiarviota yllä mainituissa tilanteissa. Riskiarvio on havaittu olevan hoitajille melko tuntematon käsite (Tuuliranta ym. 2017, 9), mutta nyt saatujen tulosten mukaan suurin osa hoitohenkilökunnasta tekee riskiarvion edes jossain kohtaa potilaan hoitoa.

Kysyttäessä painehaavariskin arviointiin käytetyistä mittareista, enemmistö (n=55, 60,4 %) vastanneista ei hyödynnä mitään riskinarviomittaria. Eniten hyödynnetään Bradenin mittaria (n=22, 24,2 %) ja Shape Risk Scale -mittaria (n=11, 12,1 %). Nortonin mittaria käyttää vastanneista kaksi (2,2 %). Waterlow'n ja Jacksonin sekä Cubbin mittaria ei ilmoittanut kukaan vastanneista hyödyntävänsä. Vastaajilla oli myös mahdollisuus ilmoittaa jokin muu kuin yllä mainittu mittari painehaavojen riskin arvioimiseen. Kohdan valitsi vastaajista seitsemän, joista kuusi käytti muina keinoina muun muassa tarkkailua ja lääkärin arviota, ihon kunnon tarkistamista (painaumat, punoitus, ihorikko), asentohoitoa sekä RAI-arviota. Neljä (4,4 %) vastanneista oli jättänyt kohtaan vastaamatta.

Kansainvälistä NPUAP-EPUAP-painehaavaluokittelujärjestelmää ilmoitti vastanneista hyödyntävän 29,7% (n=27). Noin puolet vastanneista (n=50, 54,9 %) ei luokittele painehaavoja ollenkaan. Vastanneista 6,6 % (n=6) ilmoitti käyttävänsä

jotain muuta painehaavaluokittelujärjestelmää. Tällaisiksi mainittiin Bradenin mittari, värikoodaus riskin asteen mukaan, RAI-arvio sekä ihon tarkkailu ja seuranta. Kolme (3,3%) vastanneista oli jättänyt kohdan tyhjäksi. Tässä ja edellisessä kappaleessa mainittu RAI-arvio (Resident Assessment Instrument) viittaa palvelutarpeen arviointiin käytettävään menetelmään, jolla kartoitetaan asiakkaan vointia ja elämäntilannetta. RAI-järjestelmää voidaan käyttää esimerkiksi arvioitaessa asiakkaan arkisuoriutumista, ravitsemusta, kognitiota ja palveluntarpeen luonnetta. Järjestelmä ei itsessään luokittele painehaavoja, mutta ne otetaan huomioon RAI-järjestelmän mittareissa. (Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä 2019.)

Painehaavojen arviointia tarkasteltiin esittämällä eri arviointitilanteita, jolloin vastaaja valitsi häntä parhaiten koskevan vaihtoehdon liittyen väitteeseen toiminnan toistuvuudesta. Vaihtoehtoja olivat ”aina-usein-joskus-en koskaan” ja ”en osaa sanoa”. Noin puolet vastaajista arvioi *usein* potilaan ihon kuntoa koko kehon alueelta (49,5%) ja *usein* etenkin luu-ulokkeiden kohdilta (50,5 %). 76,9 % arvioi ihon kuntoa *aina*, kun potilaan ihoa puhdistetaan eritteestä, mikäli potilaalla on virtsantai ulosteepidätyskyvyttömyys. Lisäksi suurin osa (86,8 %) arvioi *aina* potilaan ihon kuntoa haavasidosten vaihdon yhteydessä. Ihon kunnon arviointi vähintään kaksi kertaa päivässä, mikäli potilaan ihon koskettaa lääkinnällistä laitetta, toteutui *aina* 23,1 %:ssa vastauksista, mutta lähes yhtä moni oli valinnut vastaukseksi kyseiseen kysymykseen kohdan *en osaa sanoa* (28,6 %). Enemmistö (34,1 %) valitsi vaihtoehdon *en koskaan* kysyttäessä vaalenevan ja vaalenemattoman tutkimuksen menetelmän käytöstä arvioitaessa painehaavoja. Vastausten jakautumista eri vaihtoehtojen kesken on kuvattu alla taulukossa (taulukko 2).

Noin puolet (53,8 %) (n=49) vastanneista tekee painehaavariskipotilaalle aina painehaavojen ehkäisysuunnitelman. Kysymykseen jätti vastaamatta kolme vastaajaa (3,3%). 42,9 % (n=39) vastasi, ettei tee ehkäisysuunnitelmaa painehaavariskipotilaille. Lisäksi painehaavariskiarvioon sisällytti vajaaravitsemusriskiarvion jollain validoidulla seulontamenetelmällä 67,0 % (n=61) vastaajista. Riski arvioitiin jollain muulla menetelmällä 3,3 %:lla vastauksista (n=3). Muiksi menetelmiksi mainittiin mm. lääkärin arvio tilanteesta, ihon kunnon seuraaminen, asukkaan ruokahalun ja syömisen seuraaminen, asukkaan arviointi myös ulkoisesti,

lisäravinteiden käyttö tarvittaessa sekä RAI-arvio. Vajaaravitsemusriskiä ei sisällytetty painehaavariskiarvioon 20,9 % (n=19) vastauksista. Kohtaan jätti vastamatta kahdeksan kyselyyn osallistujaa (8,8 %).

Suurin osa (83,5 %) vastanneista ei käytä mitään painehaavojen paranemisen arviointiin tarkoitettua mittaria (n=76). Esitetyistä mittareista eniten käytettiin Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) -mittaria (n=5, 5,5 %). Lisäksi yksi vastanneista mainitsi hyödyntävänsä Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT):ia (1,1 %). Kuusi (6,6 %) vastanneista mainitsi käyttävänsä jotain muuta mittaria, kuten mittanauhaa, henkilökunnan havainnointia tai RAI-arviota. Lisäksi kerrottiin painehaavojen paranemista arvioitavan hoitamalla asukasta suunnitelman mukaan ja suunnitelmaa vaihdettavan tarvittaessa.

Tuloksista voidaan siis todeta, että kaikkia kyselyssä esitettyjä arviointikeinoja käytettiin joissain määrin, paitsi Waterlow'n sekä Jacksonin ja Cubbin riskiarviointimittaria ja paranemisen arviointiin käytetyistä mittareista Pressure Sore Status Tool:ia ja DESIGN/DESIGN-R -mittaria. Arviointikeinoista enemmistö käytti painehaavariskiarvion tekoa jossain kohtaa potilaan hoitoa sekä potilaan ihon arviointia koko kehon alueelta, etenkin luu-ulokkeiden kohdilta. Lisäksi ihoa arvioitiin asentoa muutettaessa, ihoa puhdistettaessa eritteistä ja haavasidosten vaihdon yhteydessä vähintään *usein*. Enemmistö sisällytti painehaavariskiarvioon vajaaravitsemuksen arvioinnin. Vähiten käytettiin riskinarviomittareita, painehaavojen luokittelujärjestelmää ja painehaavojen paranemisen arvioinnin mittareita.

TAULUKKO 2. Painehaavojen arviointia koskevat väittämät (n=91)

Painehaavojen arviointi	Aina	Usein	Jos- kus	En kos- kaan	En osaa sanoa	Ei vas- tattu
Arvioin potilaan ihon kuntoa <u>koko kehon</u> alueelta.	34	45	8	2	1	1
Arvioin potilaan ihon kuntoa etenkin luu-ulokkeiden kohdilta.	31	46	10	2	1	1
Arvioin potilaan ihon kuntoa hänen asentoansa muutettaessa.	38	37	14	0	2	0
Arvioin potilaan ihon kuntoa, kun iho puhdistetaan eritteestä, mikäli potilaalla on virtsan- tai ulosteenpidätyskyvyttömyys.	70	12	4	4	1	0
Arvioin potilaan ihon kuntoa haavasidosten vaihdon yhteydessä.	79	5	1	4	2	0
Arvioin potilaan ihon kuntoa vähintään kaksi kertaa työvuo-rossa, mikäli potilaan iho koskettaa lääkinnällistä laitetta	21	16	16	9	26	3
Käytän painehaavapotilaiden ihon arvioinnissa vaalenevan ja vaalenemattoman tutkimuksen menetelmää	10	12	16	31	20	2

5.3. Hoitotyössä hyödynnetyt painehaavojen ehkäisy- ja hoitokeinot

Ensimmäinen tutkimuskysymys sisälsi myös hoitotyössä käytettyjen ehkäisy- ja hoitokeinojen tarkastelun. Painehaavojen ehkäisyä ja hoitoa kartoitettiin strukturoidusti antamalla vaihtoehdot, joista vastaaja valitsi parhaiten omaa toimintaansa kuvaavan vaihtoehdon. Lisäksi selvitettiin ehkäisy- ja hoidon interventioiden toistuvuutta hyödyntäen Likert-asteikkoa. Vaihtoehtoja olivat ”aina-usein-joskus-en koskaan” ja ”en osaa sanoa”. Tuloksista laskettiin toiminnan yleisyys frekvensseinä ja suhteellisina frekvensseinä.

Enemmistö (n=63, 69,2%) jatkaa asentohoitoa *aina* painetta jakavasta makuualustasta huolimatta. Lisäksi suurin osa (n=55, 60,4%) vastaajista on sitä mieltä, että yksikössä olevalle painehaavariskipotilaalle käytetään *aina* korkealuokkaista vaahtomuovipatjaa tai vaihtuvapaineista patjaa. Noin kolmannes (n=28, 30,8%) vastasi edelliseen kysymykseen *usein*. 38,5 % (n=35) hoitajista vastasi käyttävänsä *aina* istuintyynyä potilaalle, joka istuu tuolissa ja jolla liikuntakyky on alentunut. Noin kolmannes (n=31, %) vastasi käyttävänsä istuintyynyä *usein ja* 23,1% (n=21) *joskus*. Tulokset on esitetty taulukossa 3.

Suurin osa (n=66, 72,5%) käyttää potilaan siirtämisessä ja asennon vaihtamisessa *aina* apuvälineitä, kuten liukulakanaa. Lisäksi 25,3 % käyttää apuvälineitä *usein*. Valitessaan sopivaa makuu- tai istuinalustaa potilaan kokoon ja painoon kiinnittää huomiota hoitajista 34,1 % (n=34) *usein ja* 36,3 % (n=33) *aina*. Kaksi-toista (13,2 %) vastanneista kiinnittää valintaan huomiota *joskus*. 46,2 % (n=42) vastanneista toteuttaa asentohoidon tynnyjen avulla *aina*, niin että potilas on kallistettuna kyljelleen 30° kulmassa. Noin kolmannes toteuttaa kyseisen asentohoidon (n=30, 33,0 %) *usein*. Tulokset on esitetty taulukossa 3.

TAULUKKO 3. Painehaavojen ehkäisyä ja hoitoa koskevat väittämät (n=91)

Painehaavojen ehkäisyä ja hoito	Aina	Usein	Joskus	En koskaan	En osaa sanoa	Ei vastattu
Jatkan potilaan asentohoitoa painetta jakavasta makuualustasta huolimatta.	63	22	1	0	1	4
Painehaavariskissä olevalle potilaalle käytämme korkea-luokkaista vaahtomuovipatjaa tai vaihtuvapaineista patjaa	55	28	5	0	2	1
Mikäli potilaan liikuntakyky on alentunut ja hän istuu tuolissa, käytämme painetta jakavaa istuintyynyä	35	31	21	2	2	0
Käytän potilaan siirtämisessä ja asennon vaihtamisessa apuvälineitä (kuten liukulakanaa)	66	23	0	0	1	1
Huomioimme potilaan koon ja painon valittaessamme makuu- tai istuinalustaa (kantavuus, riittävä koko ja leveys)	33	34	12	3	7	2
Asentohoidon toteutan tyy-nyjen avulla niin, että potilas on kallistettuna oikealle tai vasemmalle kyljelle 30-asteen kulmassa.	42	30	4	1	4	2

Vähän alle puolet vastaajista (n=41, 45,1 %) kirjaa ihon arvioinnin jokaisen arviointikerran jälkeen. Noin kolmannes (n=32, 35,2 %) kirjaa arvioinnin *usein* ja viisitoista (16,5 %) vastaajaa *joskus*. Kolmannes (n=30, 33,0 %) käyttää *joskus* painehaavojen valokuvaamista kirjaamisen tueksi. Noin puolet (n=44, 48,4 %) *ei koskaan* valokuvaava painehaavoja kirjaamisen tueksi ja vain kymmenen (11,0 %) vastaajaa tekee sen *usein*. Suurin osa (n=50, 54,9 %) vastaa hyödyntävänsä rakenteisen kirjaamisen menetelmää *aina*. Lisäksi 20,9 % vastaajista hyödyntää sitä *usein* ja kymmenen (11,0 %) *joskus*. Yhdeksän (9,9 %) vastaajaa *ei osaa sanoa*, että käyttääkö hyväkseen rakenteellisen kirjaamisen menetelmää. Tulokset on esitetty taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Hoitotyön kirjaamista koskevat väittämät (n=91)

Hoitotyön kirjaaminen	Aina	Usein	Joskus	En koskaan	En osaa sanoa	Ei vastattu
Kirjaan ihon arvioinnin jokaisen arviointikerran jälkeen.	41	32	15	0	1	2
Valokuvaan painehaavan kirjaamisen tueksi.	2	10	30	44	4	1
Hyödynnän kirjaamisessa rakenteisen kirjaamisen menetelmää.	50	19	10	2	9	1

Lisäksi kysyttäessä, onko työyksikössä erillistä järjestelmää, jolla raportoidaan ja seurataan säännöllisesti painehaavojen esiintyvyyttä, 23,1 % (21) vastasi kyllä, 46,2 % (42) vastasi ei. Järjestelmän olemassaolosta ei tiennyt 25,3 % (23). Kohtaan jätti vastaamatta 5,5 % (5).

Kyselylomakkeen lopussa oli vielä mahdollisuus tuoda esille jotain muuta tietoa painehaavojen ehkäisystä ja hoidosta omassa työyksikössä. Vastanneista 20,9 % (n=19) kertoi, ettei heidän osastollansa esiinny painehaavoja tai niitä on todella vähän. 3,3% (n=3) kertoi painehaavapotilaiden tulevan osaston ulkopuolelta ja painehaavojen parantuneen työyksikössä. Painehaavapatjoja mainittiin riittävän niitä tarvitseville (n=3, 3,3%) ja asentohoidon toteutuksen olevan hyvää (n=10,

11,0 %). Toisaalta yksi vastanneista koki asentohoidon toteutuksen puutteelliseksi. Koulutuksen kerrottiin lisääntyneen (n=1, 1,1 %) ja haavanhoitajan konsultaatiot ja osaaminen nähtiin merkittävässä roolissa (n=2, 2,2 %). Ravitsemukseen kerrottiin myös kiinnitettävän huomiota (n=1, 1,1 %). Yleisesti ottaen nähtiin, että painehaavojen hoito ja ehkäisy toimii hyvin (n=2, 2,2 %). Toisaalta kerrottiin myös apuvälineiden määrän olevan riittämätön (n=4, 4,4 %) ja ettei tarvittavia välineitä ole tilattu (n=1, 1,1 %). Lisäksi koettiin, etteivät kaikki hoitajat ota painehaavojen syntyä tarpeeksi vakavasti (n=1, 1,1 %). Koulutustarpeen mainitsi vastanneista kaksi (2,2 %).

Tulosten mukaan painehaavojen ehkäisy- ja hoitokeinoiksi osoittautui kaikki kyselyssä mainitut keinot edes jossain määrin. Eniten käytettiin asentohoidon jatkamista painetta jakavasta makuualustasta huolimatta, korkealuokkaisia makuualustoja, siirtämisen apuvälineitä sekä rakenteista kirjaustapaa. Valokuvausta hoitotyön kirjauksen tukena käytettiin vähiten.

5.4. Kokemukset koulutuksen ja apuvälineiden riittävydestä

Kyselylomakkeessa kartoitettiin toisen tutkimuskysymyksen mukaisesti hoitajien ja fysioterapeuttien kokemuksia koulutuksen riittävydestä koskien painehaavojen hoitoa ja ehkäisyä. 15,4 % (n=14) kokee saaneensa tarpeeksi perehdytystä ja 58,2 % (n=53) ei. Kohtaan jätti vastaamatta 4,4 % (n=4). Lisää perehdytystä toivottiin liittyen haavanhoitoon ja haavanhoitotuotteisiin (17,6 %), painehaavojen ennaltaehkäisyyn (4,4%) ja arviointiin (8,8 %) sekä potilaan ravitsemukseen (3,3 %) ja asentohoitoon (4,4 %). Lisäksi 13,2 % toivoi lisää koulutusta apuvälineiden, kuten painehaavapatjojen ja -tyynyjen käyttöön. Yksi vastaajista toivoi apuvälineiden lisäksi myös niiden huoltoon liittyvää koulutusta. 12,1 % määritteli perehdytystarpeen koskevan kaikkea painehaavojen hoitoon ja ehkäisyyn liittyvää. Koulutuksia toivottiin järjestettävän työpaikalla tai verkossa (9,9 %). Tulokset on esitetty taulukossa 5.

TAULUKKO 5. Perehdytystarpeet (n=91)

Osa-alue	n	%
Haavanhoito	16	17,6
Painehaavojen ennaltaehkäisy	4	4,4
Painehaavojen arviointi	8	8,8
Ravitsemus	3	3,3
Asentohoito	4	4,4
Apuvälineet	12	13,2
Koulutukset	9	9,9
Kaikkea painehaavojen hoitoon ja ehkäisyyn liittyvää	11	12,1

41,8 % (n=38) kokee saaneensa tarpeeksi perehdytystä painehaavojen hoidossa ja ehkäisyssä käytettävien apuvälineiden hyödyntämiseen hoitotyössä. 50,5 % (n=46) vastasi, ettei ole saanut perehdytystä tarpeeksi. 7,7 % (n=7) vastaajista jätti vastauksen tyhjäksi. Apuvälineiden koulutustarve näkyi eniten työntekijöille uusien apuvälineiden käyttöönoton kohdalla (13,2 %). Samanlaisia havaintoja on tehnyt myös Asikainen ym. (2017, 56-57) tutkimuksessaan tarkastellessa hoitohenkilökunnan koulutustarpeita painehaavoihin liittyen. Lisäksi mainittiin painehaavojen hoitoon ja ehkäisyyn käytettävät patjat (7,7 %), asentohoitotyyny ja kiilat (2,2 %), kevennystossut (1,1 %) sekä siirtovälineet (2,2 %). Myös tämän kysymyksen kohdalla esiintyi tarve haavanhoitotuotteiden käytön koulutukselle (2,2 %). Tulokset on esitetty taulukossa 6.

TAULUKKO 6. Apuvälineitä koskevan koulutuksen tarve (n=91)

Osa-alue	n	%
Uudet apuvälineet	12	13,2
Painehaavapatjat	7	7,7
Asentohoitotyyny ja kiilat	2	2,2
Kevennystossut	1	1,1
Siirtovälineet	2	2,2
Haavanhoitotuotteet	2	2,2

Kolmas tutkimuskysymys käsittelee hoitajien ja fysioterapeuttien kokemuksia apuvälineiden riittävyydestä. Käytössä olevat apuvälineet koki riittäviksi enemmistö (n=50, 55,0%) vastanneista. Lisää toivottiin painehaavapatjoja (12,1 %),

istuintyynyjä (4,4 %), asentohoitotyynyjä ja kiiloja (4,4 %). Yksi vastanneista nosti esiin myös tarpeen nostolaitteelle ja -liinoille (1,1 %). Tulokset on esitetty taulukossa 7.

TAULUKKO 7. Tarvittavia apuvälineitä (n=91)

Osa-alue	n	%
Painehaavapatjat	11	12,1
Istuintyynyt	4	4,4
Asentohoitotyynyt ja kiilat	4	4,4
Nostolaite ja -liinat	1	1,1

6 POHDINTA

Kyselyyn osallistui yli puolet arvioidusta kohdejoukosta, joten vastausprosentti on hyvä. Taustatietojen perusteella suurimman ryhmän muodosti työntekijät, joilla oli yli 20 vuotta työkokemusta, mutta lähes yhtä suurella osalla työkokemusta oli enintään viisi vuotta. Suurin ikäryhmä koostui vähintään 50-vuotiaista. Suosituksista eniten oli perehdytty Hoitotyön tutkimussäätiön hoitosuositukseen, joka on todennäköisesti Suomessa tunnetumpi. Työn tuloksia tarkastellessa tulee huomioida, että reilu 20 % vastanneista ilmoitti, ettei heidän osastollansa ole painehaavoja tai painehaavat ovat syntyneet jossain muussa hoitoyksikössä tai kotona. Tämä on saattanut vaikuttaa kysymyksiin vastaamiseen.

Tuloksista voidaan todeta, että vaikka suurin osa kyselyyn vastanneista ei ollut perehtynyt painehaavojen arviointia ja ehkäisyä käsitteleviin hoitosuosituksiin, on vastausten perusteella toiminta suurelta osin suositusten mukaista. Suositusten mukaisen painehaavojen arviointi-, ehkäisy- ja hoitokeinojen käytön säännöllisyys kuitenkin vaihteli vastaajien kesken. Arviointikeinoista eniten käytettiin ihon arviointia koko kehon alueelta, etenkin luu-ulokkeiden kohdilta. Lisäksi ihoa arviointiin asentoa muutettaessa, ihoa puhdistettaessa eritteistä ja haavasidosten vaihdon yhteydessä vähintään usein. Enemmistö sisällytti painehaavariskiarviointiin vajaaravitsemuksen arvioinnin. Ehkäisyyn ja hoidon interventioista eniten käytettiin asentohoidon jatkamista painetta jakavasta makuualustasta huolimatta, korkealuokkaisia makuualustoja, siirtämisen apuvälineitä sekä rakenteista kirjaustapaa.

Painehaavojen arviointia tapahtuu etenkin hoidon aikana, mutta painehaavariskin arviointi ennen painehaavan syntymistä ja painehaavojen ehkäisy suunnitelman teko vaikuttaa jääneen vähäisemmäksi. Ensimmäisen asteen painehaavan erotusdiagnostiikka on todettu olevan haastavaa (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 11), jolloin painehaava voi jäädä huomaamatta ennen ihorikkoa. Reilu 20 % kertoi, ettei arvioi potilaan painehaavariskiä missään kyselyssä mainituissa tilanteissa, jolloin ainakin osaltaan painehaavariskin arviointiin ja etenkin painehaavan synnyn varhaisen vaiheen tunnistamiseen olisi syytä kiinnittää huomiota.

Riskiarviomittareiden käyttö vastasi opinnäytetyöntekijöiden odotuksia. Tulosten mukaan yleisimmin käytössä oleva mittari oli Bradenin mittari, joka on myös Suomessa eniten käytetty (Soppi 2010). Odotusten mukaista oli myös painehaavojen paranemisen arviointiin tarkoitettuja mittareiden käytön vähäisyys. Riskiarviomittareiden ja paranemisen arvioinnin käyttöön tarkoitettujen mittareiden käytön vähäisyys voi liittyä osastoilla sovittuihin käytänteisiin mittarien hyödyntämisestä. Yhteisen arviointimittarin käyttöönotolla voitaisiin lisätä painehaavojen arvioinnin yhdenmukaisuutta.

Ehkäisyn ja hoidon interventioista aineiston ja noin 10 % viimeiseen avoimeen kysymykseen vastanneiden mukaan asentohoito toteutuu osastoilla hyvin. Lähes kaikki jatkavat asentohoitoa painehaavapatjan käytöstä huolimatta ja toteuttavat asentohoitoa tyynyjen avulla vähintäänkin *usein*. Vastaavanlaisia tuloksia on saatu Asikaisen ym. (2017, 57) tutkimuksessa, jossa hoitohenkilökunta arvioi asentohoidon toteutuvan hyvin. Kyselylomakkeessa esitettiin asentohoitotyynyjen käyttöä niin, että potilasta kallistetaan noin 30° kulmassa. Aikaisemmin asentohoitoa on toteutettu kääntämällä potilasta ”lonkalta toiselle” (Mäkinen 2017), mutta hoitosuosituksien 30° kulman käyttö on ilmeisesti kuitenkin hyvin tunnettu asentohoidon muoto. Kuitenkin yksi vastanneista kokee asentohoidon olevan osastolla puutteellista.

Hoitotyön tutkimussäätiön (2015, 13) mukaan ihon arviointi tulisi kirjata aina jokaisen arviointikerran jälkeen, mutta aineistossa vain puolet ilmoitti toimivansa suosituksen mukaisesti. Lisäksi yllättävää oli, että vain reilu puolet ilmoitti hyödyntävänsä aina rakenteisen kirjaamisen menetelmää ja yhdeksän vastaajista ilmoitti, ettei osaa sanoa käyttäväkö menetelmää. Kuitenkaan kyselyssä ei kartoitettu käytettyä potilastietojärjestelmää, joten epäselväksi jää, onko kyse siitä, ettei potilastietojärjestelmä tue rakenteista kirjaamista, vai onko rakenteinen kirjaaminen käsitteenä vieras, vaikka menetelmää hyödyntäisikin.

Vastaavanlaisia mielteitä syntyi niiden kysymysten perusteella, joissa kysyttiin erillistä järjestelmää, jonka avulla raportoidaan ja seurataan säännöllisesti painehaavojen esiintyvyyttä. Kohtaan reilu 20 % vastasi järjestelmän olevan, vajaa puolet, ettei järjestelmää ole ja reilu 25 %, ettei tiedä järjestelmästä. Kohtaan ei

määritelty mitään tiettyä järjestelmää, joten voi olla mahdollista, että vaikka järjestelmä olisi käytössä, ei sitä osattu yhdistää kysymykseen. Mikäli kyseinen järjestelmä on hoitajien käytössä, olisi sen käyttöä mahdollisesti hyödyllistä kerrata. Järjestelmän avulla voitaisiin tarkkailla oman yksikön painehaavojen esiintyvyyttä ja mahdollisesti puuttua tilanteeseen, mikäli painehaavojen esiintyvyys kasvaisi. Toisaalta voitaisiin myös seurata mahdollisten painehaavojen ehkäisyä ja hoitoa käsittelevien kehittämishankkeiden vaikutuksia. Keski-Suomen painehaavojen tunnistamisen ja ennaltaehkäisyn raportissa todetaankin, ettei ilman lähtöarviota voida myöskään arvioida painehaavojen hoidon paranemista (Tuuliranta ym. 2017, 25).

Vastaajista yli puolet koki tarvitsevänsä lisää perehdytystä painehaavojen hoitoon ja ehkäisyyn liittyen. Eniten toivottiin lisää koulutusta liittyen haavanhoitoon ja apuvälineisiin, etenkin uusien apuvälineiden käyttöönoton kohdalla. Haavanhoitajan ohjeistuksia pidettiin myös merkittävänä apuna painehaavojen hoidossa. Myös Asikaisen ym. (2017, 60) tutkimuksessa hoitohenkilökunnan osaaminen parantui haavanhoitajan koulutukseen osallistumisen jälkeen. Haavanhoitoa ohjaa painehaavojen luokittelu, mutta noin puolet ilmoitti, ettei luokittele painehaavoja ollenkaan. Haavanhoitajan konsultoinnin lisäys ja yhteisen luokittelujärjestelmän käyttö voisi selkeyttää haavanhoitoa. Toisena koulutustarpeena olevien apuvälineiden käytön ohjeistukset kuuluvat tuote-esittelijöille, etenkin uusien tuotteiden kohdalla.

Tulosten mukaan apuvälineitä käytettiin, mutta kokemukset niiden riittävydestä vaihtelivat. Yli puolet vastasi painehaavariskipotilaalle käytettävän korkealuokasta vaahtomuovipatjaa tai vaihtuvapaineista patjaa. Lisäksi suurin osa vastasi hyödyntävänsä painetta jakavaa istuinalustaa hoitotyössä vähintäänkin usein. Yli puolet käytti myös jotakin siirtämisen apuvälinettä, kuten liukulakanaa, potilaan siirroissa. Noin puolet vastanneista kokikin, että heillä on käytettävissä tarpeeksi apuvälineitä. Kuitenkin reilu 12 % vastanneista toivoisi lisää painehaavapatjoja osastoille ja reilu 4 % istuintyynyjä. Kaksi vastanneista mainitsi nykyisten painehaavapatjojen olevan jo vanhoja ja rikkiäisiä, mutta uusia ei ole pyynnöistä huolimatta hankittu.

Osittain ristiriitaisista tuloksista apuvälineiden käytön ja riittävyyden välillä herää pohdinta apuvälineiden jakautumisen epätasaisuuden mahdollisuudesta eri osastojen kesken. Painehaavapatjojen vähäisen määrän syynä voisi myöskin olla hankintaongelmat ja taloudelliset näkökulmat. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin painehaavojen ennaltaehkäisyyn tehostamisen hankkeessa ehdotettiin apuvälineistön riittävyyden keinoksi osastokohtaista inventaariota, jossa käydään läpi nykyiset apuvälineet ja pohditaan, tuleeko vanhat välineet uusia tai hankkia täysin uudenlaisia välineitä (Tuuliranta ym. 2017, 24).

Eräs vastaajista toivoi lisää järjestelmällisyyttä painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyen sekä yhteisiä työvälineitä ja huomion kiinnittämistä uusien työntekijöiden perehdytyksiin. Myös tulosten perusteella osastoilla voitaisiin pyrkiä yhteisiin toimintatapoihin ja ohjeistuksiin koskien painehaavojen arviointia, hoitoa ja ehkäisyä, lisätä koulutusta sekä optimoida apuvälineiden käyttö. Jonkin yhteisesti valitun objektiivisen arviointimittarin käyttö tukisi yhteisten toimintatapojen syntymistä. Järjestelmällisyyttä lisäisi myös samankaltainen painehaavojen luokittelu, esimerkiksi työssä esiteltyä kansainvälistä luokittelujärjestelmää käyttäen, sekä rakenteisen kirjaamisen käyttöönotto jokaisen työntekijän hoidon apuvälineenä. Apuvälineet voisi olla hyvä kohdistaa sinne, missä niitä tarvitaan, ja toisaalta myös pyrkiä hankkimaan uusia mahdollisuuksien mukaan. Osastolle voitaisiin järjestää myös esimerkiksi haavanhoitajan johdolla yhteisiä koulutuksia koskien haavanhoitoa, ja uusien välineiden hankinnassa voitaisiin hyödyntää tuote-esittelijöiden koulutusapua.

Jatkotutkimuksen aiheena olisi mielenkiintoista selvittää, kuinka paljon painehaavojen hoitoa ja ehkäisyä käsitteleviin hoitosuosituksiin perehtymisellä ja niiden ohjeistuksia noudattamalla on merkitystä painehaavojen hoidossa. Mielenkiintoista olisi myös tutkia, olisiko painehaavojen hoitoa ja ehkäisyä käsittelevällä koulutuksella vaikutuksia vastauksiin, jos kysely toistettaisiin painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvän koulutuksen jälkeen.

7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa vaadittavien tutkimuslupien hankinta ja asianmukainen lähdeviitteiden merkitseminen (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019). Opinnäytetyölle on haettu ja myönnetty tutkimuslupa Tampereen kaupungilta. Opinnäytetyö ja kyselylomake laadittiin ajankoh- taisten ja luotettavien lähteiden pohjalta ja niihin viitataan asianmukaisesti. Tutki- muksen luotettavuutta lisääviä ja tässä työssä huomioituja kohtia ovat selkeät tutkimuskysymykset, selkeästi määritelty perusjoukko, hyvä tutkimussuunnitelma ja kyselylomake, sopiva tiedonkeruumenetelmä, tilastollisten menetelmien hal- linta ja selkeä raportti (Heikkilä 2014).

Tutkimuksen luotettavuutta edistää edustava ja tarpeeksi suuri otos (Heikkilä 2014). Opinnäytetyön perusjoukkoa edustaa kaikki Koukkuniemen vanhainkodin kymmenen osaston hoitajat ja fysioterapeutit. Työn otokseen oli jokaisella osas- ton hoitajalla tai fysioterapeutilla yhtä suuret mahdollisuudet osallistua. Opinnäy- tetyöntasoiselle työlle 60,7% vastausprosenttia voidaan pitää hyvänä.

Taustatietojen osalta kartoitettiin vastanneiden ikä, työkokemus ja perehtyminen valittuihin hoitosuosituksiin. Kyselyssä ei tullut ilmi osastojen kaikkien työntekijöi- den ikäjakaumaa tai keskimääräisiä työkokemusvuosia, joten aineiston perus- teella ei voi tietää, kuinka hyvin opinnäytetyön otos edustaa kaikkia valituilla osas- toilla työskenteleviä hoitajia tai onko jokin ikäryhmä tai työkokemuksen vuosiin liittyvä ryhmä jäänyt opinnäytetyön ulkopuolelle. Samoista syystä myös vastaus- kadon vaikutuksia opinnäytetyön tulokseen on vaikea arvioida. Vastauskadon on nähty heikentävän tutkimuksen luotettavuutta (Holopainen ym. 2016, 35). Työko- kemuksen luonnetta ei myöskään tarkennettu, joten osa työkokemuksesta on voitu ymmärtää myös koskevan joitain muita aloja, kuin hoitoalaa. Nämä seikat kuitenkin otettiin huomioon aineiston analysoinnissa, emmekä tehneet taustatie- doista yleistäviä johtopäätöksiä.

Työssä käytetty mittari on opinnäytetyöntekijöiden laatima kyselylomake, joka pohjautuu painehaavojen hoitoa ja ehkäisyä käsitteleviin hoitosuosituksiin. Ky-

sely on pääosin strukturoitu, mutta sisältää myös avoimia kysymyksiä. Kysely pyrittiin pitämään mahdollisimman lyhyenä, sillä vastauskato yleensä lisääntyy lomakkeen pidentyessä (Heikkilä 2014). Lisäksi tulee huomioida, että Likert-asteikon vaihtoehdot *usein* ja *joskus* voidaan nähdä melko subjektiivisina käsitteinä, mutta koimme niiden palvelevan tätä työtä hyvin. On myös todettu, että vaihtoehto *en osaa sanoa* houkuttelee usein vastaajia (Heikkilä 2014), mutta siitäkin voi tehdä päätelmiä ja se lisättiin vastausvaihtoehdoksi, jotta vältettäisiin tyhjiä vastauksia.

Mittarin laadukkuutta voidaan arvioida käsitteillä mittarin validiteetti ja reliabiliteetti. Mittauksen validiteetilla tarkoitetaan mittarin onnistumista mittaamaan juuri sitä asiaa, mitä varten se on luotu (Holopainen ym. 2016, 20). Lisäksi validin tutkimuksen piirteitä on yksiselitteiset, koko tutkimusongelman kattavat kysymykset (Heikkilä 2014). Kyselyllä saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin, mutta kysymyksenasettelun yksiselitteisyydessä oli paikoittain heikkouksia. Esimerkiksi lomakkeen kohtaan numero 11 (”Merkitse taulukkoon teitä tai työyksikköänne parhaiten koskeva vaihtoehto seuraaviin väittämiin liittyen”) väitteeseen ”En jätä siirtoliinoja/-lakanaa istuvan potilaan alle” on väärinymmärrysten vuoksi haastavaa vastata Likert-asteikolla, joten se päätettiin jättää analyysin ulkopuolelle. Lisäksi lomakkeissa toivottiin lääkinnällisten laitteiden tarkempaa määrittelyä. Kyselylomakkeen varsinaisella esitestauksella olisi voitu ehkäistä kyseisiä heikkouksia lomakkeen laadinnassa.

Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin luotettavuutta (Holopainen ym. 2016, 20). Reliabeli tutkimus antaa tarkkoja, ei-sattumanvaraisia tuloksia ja on toistettavissa samanlaisin tuloksin. Luotettavien tulosten saantia edesauttaa tiedonkeruun ja analysointiin liittyvä huolellisuus ja virheettömyys. (Heikkilä 2014.) Aineiston analysoinnissa noudatettiin huolellisuutta. Paperilomakkeiden aineisto syötettiin sähköiseen muotoon ja tarkistettiin molempien opinnäytetyön tekijöiden toimesta. Lisäksi aineiston analysointi tarkistettiin useaan kertaan, jolloin vältetään virheellinen analyysi. Todennäköisesti kyselyn toistaminen samalla kohdejoukolla tuottaisi samoja tuloksia kuin nyt.

Työssä on pyritty hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti eettisesti kestävään tiedonhankintaan sekä tutkimus- ja arviointimenetelmään. Lisäksi oleellista on

tutkimukseen tekoon liittyvä avoimuus ja salassapito. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019.) Aineiston keruu suoritettiin anonymisti, eikä opinnäytetyöntekijät kykene yhdistämään opinnäytetyöhön osallistuneita henkilöitä tai heidän osastojaan vastauksiin. Työssä ei myöskään eritellä eri ammattiryhmien vastauksia, sillä fysioterapeuttien osuus työhön osallistuneita on pieni verrattuna hoitajiin. Anonymiteetista kerrottiin tutkittaville saatekirjeellä, joka liitettiin kyselylomakkeeseen. Palautettuihin kyselylomakkeisiin on pääsy vain opinnäytetyöntekijöillä. Tutkimuksen julkaisun jälkeen aineisto tuhottiin asianmukaisesti.

LÄHTEET

- Asikainen, P., Hjerpe, A., Kauko, Koivuven, M., T. & Luotola, E. 2017. Hoito-henkilökunnan painehaavojen ehkäisyn osaaminen sekä systemaattisen koulu-tusintervention merkitys osaamiselle. *Hoitotiede* 29 (1), 51-63.
- Black, J., Call, E., Gefen A., Kottner, J. & Santamaria, N. 2018. Microclimate: A critical review in the context of pressure ulcer prevention. *Clinical biomechanics* 59, 62-70. Luettu 6.3.2020.
- Fletcher, J. 2017. An overview of pressure ulcer risk assessment tools. *Wounds UK* 13 (1), 18-26. Luettu 24.2.2020
- Gefen, A. 2018. The future of pressure ulcer prevention is here: Detecting and targeting inflammation early. *EWMA Journal* 19 (2).
- Haglund, B., Hakala-Lahtinen, P., Huupponen, T. & Ventola, A-L. 2010. Ihmisen ravitsemus. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Harrow, J., Luther, S., Palacios, P., Powell-Cope, G. & Thomason, S. 2014. Validity and reliability of pressure ulcer monitoring tool for persons with spinal cord impairment. *The Journal of Spinal Cord Medicine*. Luettu 27.2.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4064581/>
- Heikkilä, T. 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. Tilastollinen tutkimus. Luettu 03.03.2020. <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>
- Hietanen, H. & Juutilainen, V. 2013. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro.
- Holopainen, M., Nummenmaa, L & Pulkkinen, P. 2016. Tilastollisten menetelmien perusteet. Helsinki: Sanoma Pro.
- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Luettu 17.08.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Juutilainen, V., Kavola, H., Mäntymäki, J., Orell-Kotikangas, H., Heikkilä, A., Kivelä, A., Kuokkanen, O., Lagus, H., Leppäniemi, E., Saine, L. & Pukki, T. 2016. Estä painehaava. Oppiportti verkkokurssi. Kustannus Oy Duodecim.
- Keränen, T. 2018. Painehaavahoitoon satsaus kannatti TYKS:ssä. *Lääkärilehti*. Luettu 17.08.2019. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/painehaavahoitoon-satsaus-kannatti-tyks-ssa/>
- Koukkuniemen vanhainkoti. 2019. Tampereen sosiaali- ja terveyspalvelut. Tampereen kaupunki. Luettu 03.03.2020. <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihmistien-palvelut/asuminen/koukkuniemi.html>

Lumio, J. 2019. Painehaavat eli makuuhaavat. Duodecim Terveyskirjasto. Luettu 20.08.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313

Medimattress – tuotteet ja palvelut. 2019. Medimattress Oy. Luettu 27.02.2020. <https://www.medimattress.fi/tuotteet-ja-palvelut/>

Mäkinen, T. 2017. Unohda lonkalta toiselle kääntely – painehaavoja ehkäisee 30 asteen kylkiasento. Tehylehti. Luettu 02.03.2020. <https://www.tehylehti.fi/fi/tyoelama/unohda-lonkalta-toiselle-kaantely-painehaavoja-ehkaisee-30-asteen-kylkiasento>

Painehaava. 2020. Suomen verisuonikirurginen yhdistys. HYKS, Meilahden sairaala. Luettu 27.02.2020. <https://verisuonikirurgit.yhdistysavain.fi/hoito-ohjelma/painehaava/>

Painehaavat – ennaltaehkäisy ja hoito. n.d. Braun Sharing Expertise. B. Braun Medical Oy. Luettu 27.02.2020. <https://www.bbraun.fi/fi/Terapia-alueet-ja-indikaatiot/haavanhoito/painehaavat.html>

Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta. 2014. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia.

Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. 2015. Hoitosuositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Luettu 20.8.2019. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/painehaava-hs.pdf>

Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä. 2020. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Luettu 27.02.2020. <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla>

Potilassiirrot. n.d. Työterveyslaitos. Luettu 28.02.2020. <https://www.ttl.fi/tyoymparisto/ergonomian-tietopankki/potilaan-hoitaminen/potilassiirrot/>

Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guidelines. n.d. International Guideline. Luettu 20.08.2019. http://www.internationalguideline.com/#thirded_info

Rakenteinen kirjaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. 2018. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Luettu 27.02.2020. <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/ohjeet-ja-soveltaminen/rakenteinen-kirjaaminen-sosiaali-ja-terveydenhuollossa>

Soppi, E. 2018. Painehaavan ehkäisy ja hoito. Lääkärin käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. www.terveysportti.fi, artikkeli: ykt00352.

Soppi, E. 2010. Painehaava – esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Duodecim terveyskirjasto. Luettu 17.08.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98591>

Tuuliranta, M., Pihlainen V. & Solonen, U. 2017. Painehaavojen riskin tunnistamisen ja ennaltaehkäisyn tehostamisen hanke Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Selvitysraportti. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 136/2017. Jyväskylä.

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

Merkitsethän lomakkeeseen parhaiten sinua koskevan vaihtoehdon rastittamalla sopivan ruudun

Taustatiedot

1. Työkokemus

- ☐ Alle vuosi
- ☐ 1-5v
- ☐ 6-10v
- ☐ 11-15v
- ☐ 16-20v
- ☐ Enemmän kuin 20v

2. Ikä

- ☐ Alle 20 vuotta
- ☐ 20-29v
- ☐ 30-39v
- ☐ 40-49v
- ☐ 50v tai vanhempi

3. Valitse painehaavojen hoitoon liittyvät suositukset, joihin olette perehtyneet. Voit valita useamman vastausvaihtoehdon.

- ☐ Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015)

- ☐ Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline (EPUAP, NPUAP, PPPIA 2014)
- ☐ En ole perehtynyt tai en muista perehtyneeni yllä mainittuihin painehaavojen hoitoon liittyviin suosituksiin

Painehaavoihin liittyvien hoitosuosituksien hoitotyön menetelmät painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyen

Arviointi

4. Valitse yksi tai useampi tilanne, jolloin teette potilaalle painehaavariskinarvion.
 - ☐ Kahdeksan tunnin kuluttua potilaan hoitoon saapumisesta
 - ☐ Aina potilaan tilanteen muuttuessa
 - ☐ Vähintään viikon välein
 - ☐ En tee potilaalle painehaavariskinarviota yllä mainituissa tilanteissa
5. Valitse painehaavojen riskinarviomittari tai -mittarit, joita hyödynnätte painehaavariskin arvioinnissa.
 - ☐ Bradenin mittari
 - ☐ Shape Risk Scale (SRS)
 - ☐ Nortonin mittari
 - ☐ Waterlow'n mittari
 - ☐ Jacksonin ja Cubbin mittari
 - ☐ Muu, mikä? _____
 - ☐ En hyödynnä riskinarviomittaria painehaavariskin arvioinnissa

6. Käytätkö painehaavojen luokittelussa kansainvälistä NPUAP-EPUAP-painehaava-luokittelujärjestelmää, jossa painehaavat luokitellaan neljään asteeseen (I aste: vaa-lenematon punoitus, II aste: ihon pinnallinen vaurio, III aste: koko ihon vaurio, IV aste: vaurio koko ihon ja ihonalaiskudoksen paksuudelta ja V)?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei, emme luokittele painehaavoja
- ☐ Ei, käytämme jotain muuta painehaavaluokittelujärjestelmää, mitä?
-

7. Merkitse taulukkoon sinua parhaiten koskeva vaihtoehto seuraaviin väittämiin liit-tyen

	Aina	Usein	Joskus	En kos- kaan	En osaa sanoa
Arvioin potilaan ihon kuntoa <u>koko kehon</u> alueelta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arvioin potilaan ihon kuntoa etenkin luu- ulokkeiden kohdilta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arvioin potilaan ihon kuntoa hänen asen- toansa muutettaessa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arvioin potilaan ihon kuntoa, kun iho puhdistetaan eritteestä, mikäli potilaalla on virtsan- tai ulosteenpidätyskyvyttö- myys.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arvioin potilaan ihon kuntoa haavasidos- ten vaihdon yhteydessä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arvioin potilaan ihon kuntoa vähintään kaksi kertaa työvuorossa, mikäli potilaan iho koskettaa lääkinnällistä laitetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Käytän painehaavapotilaiden ihon arvioinnissa vaalenevan ja vaalenemattoman tutkimuksen menetelmää *

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

* punoittavaa ihoa painetaan kolmen sekunnin ajan sormella tai läpinäkyvän muovilevyn avulla ja samalla havainnoidaan ihon vaaleneminen paineen vaikutuksesta. Mikäli iholla havaittu punoitus ei vaalene ihoa painettaessa, on se merkki ihon rakenteellisesta vauriosta kapillaarisuonissa ja mikroverenkierrossa

8. Teettekö painehaavariskipotilaalle **aina** painehaavojen ehkäisy suunnitelman?

☐ Kyllä

☐ Ei

9. Sisällytättekö potilaan painehaavariskinarvioon vajaaravitsemusriskin arvioinnin?

☐ Kyllä, riskiä arvioidaan jollakin validoidulla seulontamenetelmällä (esimerkiksi MNA tai MUST)

☐ Kyllä, riski arvioidaan jollain muulla menetelmällä, millä?

☐ Ei

10. Valitse painehaavojen paranemisen arviointiin käytetty mittari, jota hyödynnätte painehaavojen paranemisen arvioinnissa.

☐ Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT)

☐ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH)

☐ Pressure Sore Status Tool (PSST)

☐ DESIGN/DESIGN-R

☐ Muu, mikä? _____

☐ En käytä painehaavojen paranemisen arviointiin mitään mittaria

Ehkäisy ja hoito

11. Merkitse taulukkoon teitä tai työyksikköänne parhaiten koskeva vaihtoehto seuraaviin väittämiin liittyen

	Aina	Usein	Joskus	En koskaan	En osaa sanoa
Jatkan potilaan asentohoitoa painetta jakavasta makuualustasta huolimatta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Painehaavariskissä olevalle potilaalle käytämme korkealuokkaista vaahtomuovipatjaa tai vaihtuvapaineista patjaa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikäli potilaan liikuntakyky on alentunut ja hän istuu tuolissa, käytämme painetta jakavaa istuintyynyä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käytän potilaan siirtämisessä ja asennon vaihtamisessa apuvälineitä (kuten liukulakanaa).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En jätä siirtoliinoja/-lakanaa istuvan potilaan alle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huomioimme potilaan koon ja painon valittaessamme makuu- ja istuinalustaa (kantavuus, riittävä koko ja leveys).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asentohoidon toteutan tyynyjen avulla niin, että potilas on kallistettuna oikealle tai vasemmalle kyljelle 30-asteen kulmassa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ammatillisuus ja hoitotyön kirjaus

12. Merkitse taulukkoon teitä tai työyksikköänne parhaiten koskeva vaihtoehto seuraaviin väittämiin liittyen hoitotyön kirjaamiseen

	Aina	Usein	Joskus	En koskaan	En osaa sanoa
Kirjaan ihon arvioinnin jokaisen arviointikerran jälkeen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valokuvaan painehaavan kirjaamisen tueksi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyödynnän kirjaamisessa rakenteisen kirjaamisen menetelmää.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Onko työyksikössä erillinen järjestelmä, jolla raportoitte ja seuraatte säännöllisesti painehaavojen esiintyvyyttä?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei
- ☐ En tiedä

14. Oletteko mielestänne saaneet tarpeeksi koulutusta painehaavojen hoitoon ja ehkäisyyn liittyen?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei

15. Mihin toivoisitte saavanne lisää koulutusta painehaavojen hoitoon ja ehkäisyyn liittyen?

16. Oletteko mielestänne saaneet tarpeeksi perehdytystä painehaavojen hoidossa ja ehkäisyssä käytettävien apuvälineiden hyödyntämiseen hoitotyössä?

☐ Kyllä

☐ Ei

17. Minkä apuvälineen tai apuvälineiden käyttämiseen toivoisitte lisää perehdytystä?

18. Onko teillä mielestänne tarpeeksi apuvälineitä saatavilla koskien painehaavojen hoitoa ja ehkäisyä?

☐ Kyllä

☐ Ei, näitä apuvälineitä toivoisin lisää _____

19. Mitä muuta haluaisit kertoa painehaavojen ehkäisystä ja hoidosta omassa työyksikössäsi?

Liite 2. Saatekirje



SAATEKIRJE
10.11.2019

Hyvä Koukkuniemen hoitaja tai fysioterapeutti!

Pyydämme teitä vastaamaan opinnäytetyötämme koskevaan kyselyyn. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää mitä painehaavoja koskevia hoitosuositusten mukaisia hoito- ja ehkäisykeinoja hoitajat ja fysioterapeutit hyödyntävät käytännön hoitotyössä. Lisäksi olemme kiinnostuneita hoitajien ja fysioterapeuttien valmiuksista käyttää painehaavojen hoitoon tarkoitettuja apuvälineitä. Jos ette työssänne kohtaa potilaita, joilla jo on, tai on riski saada painehaavoja, voitte lopettaa kyselyn teon.

Opinnäytetyön aineiston keruu suoritetaan kyselynä, johon vastaamiseen teillä kuluu noin 10 minuuttia. Opinnäytetyöhön osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Teillä on oikeus keskeyttää kyselyn teko missä vaiheessa tahansa. Vastaaminen on täysin anonyymiä, emmekä pysty yhdistämään vastauksianne teihin, ammattinimikkeeseen tai osastoonne. Aineisto käsitellään luottamuksellisesti ja säilytetään salattuina. Opinnäytetyön julkaisun jälkeen aineisto tuhotaan asianmukaisesti.

Tutkimukselle on myönnetty lupa Tampereen kaupungilta. Opinnäytetyömme löydätte julkaisun jälkeen Theseus -palvelusta (Theseus.fi). Vastaattehan kyselyyn 17.11.2020 mennessä. Mikäli teille tulee kysyttävää tutkimuksesta, voitte ottaa meihin yhteyttä.

Kiitämme osallistumisesta.

Ystävällisin terveisin

Emilia Rajavuori
emilia.rajavuori@tuni.fi
Sairaanhoitajaopiskelija
TAMK

Antti Saarinen
antti.v.saarinen@tuni.fi
Sairaanhoitajaopiskelija
TAMK